

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

598

POUR

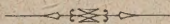
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Ernest THEILLE

Né à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), le 29 Mars 1862



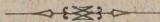
LA NÉPHRITE SYPHILITIQUE
SECONDAIRE



Président : M. PAUCHET

Juges : MM. { MARCHAND
NETTER
WIDAL

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

398
N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Ernest THEILLE

Né à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), le 29 Mars 1862

LA NÉPHRITE SYPHILITIQUE

SECONDAIRE

Président : M. PAUCHET

Juges : MM. { MARCHAND
NETTER
WIDAL

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
	}	DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUD.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement	}	BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICAR D	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur POUCHET

Professeur à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Toutes les maladies microbiennes sont susceptibles d'agir sur le rein et de provoquer l'albuminurie. C'est tantôt par la localisation parenchymateuse ou interstitielle de l'agent pathogène lui-même, tantôt par l'élimination des toxines de ce dernier, tantôt encore par une infection surajoutée (infection favorisée par les deux causes précédentes) que l'on peut expliquer l'éclosion de cette néphrite. Bien que l'agent pathogène de la syphilis nous échappe encore, les caractères cliniques de l'affection nous permettent, sans nous faire encourir le reproche de témérité, d'assigner à celle-ci une origine microbienne.

La grande contagiosité de la syphilis, sa longue incubation, la lésion locale primitive (chancre) qui indique la réaction violente de l'organisme devant l'infection, ses exanthèmes, la fièvre même qui accompagne fréquemment l'éclosion des premiers accidents, tout concourt à tracer le tableau de ce que nous appelons de nos jours une infection.

Par plus d'un côté la syphilis se rapproche de certaines affections dont nous connaissons demain peut-être l'agent pathogène, mais que pour le moment nous n'hésitons pas à classer dans le grand cadre nosologique des maladies infec-

tieuses, microbiennes ou toxiques. C'est le cas de de la variole, de la scarlatine, de la rougeole : Il n'est pas un organe qui échappe à leur atteinte, bien que chacune d'elles ait pour ainsi dire son ou ses organes de prédilection. La scarlatine affectionne particulièrement le tissu lymphoïde (amygdale) et les reins. La rougeole frappe de préférence l'oreille moyenne et les cavités mastoïdiennes qui en dépendent. La variole s'accompagne souvent de manifestations articulaires.

Eh bien! la syphilis dans sa période virulente, ce qu'on appelle classiquement la période secondaire, peut frapper indistinctement tous les organes. On observe ainsi une adénopathie des amygdalites, des laryngites, des manifestations du côté des yeux et des autres organes des sens, du côté du cerveau, de tous les viscères tels que le foie, les reins, etc., des ostéites, des névrites, des arthrites, etc.

C'est une erreur de croire que les manifestations générales de la syphilis ne peuvent s'observer que dans la période constitutionnelle ou tertiaire de l'infection. On peut parfaitement les observer au cours de la période virulente ou secondaire qui comprend en moyenne les quatre ou cinq années qui suivent l'incubation. Il faut cependant avouer que toutes ces manifestations sont plus fréquentes dans la période tertiaire. Cela tient à ce que les lésions viscérales de la syphilis sont pour la plupart des lésions de sclérose : l'agent de la syphilis ayant pour ainsi dire une prédilection pour le tissu conjonctif, dont il amène la sclérose par un processus lent, mettant toujours plusieurs années à aboutir.

Seul le rein, en tant qu'organe d'excrétion, est exposé à des lésions précoces dues ici comme dans toutes les autres infections, soit à l'élimination de l'agent pathogène ou de ses toxines, soit à une infection surajoutée.

C'est pénétré de cette idée et frappé par deux cas con-

cluants observés dans le service de M. le docteur A. Renault, à l'hôpital Ricord, que nous avons entrepris ce travail. Certes nous avons eu de nombreux devanciers et nous n'avons pas la prétention d'élucider complètement cette question si obscure. Mais nous avons du moins l'espoir d'apporter notre modeste contribution à l'édifice si vaste de la nosographie syphilitique.

Avant d'aborder ce travail, nous nous permettrons de remercier M. le professeur Pouchet, d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous lui en exprimons notre bien vive et bien respectueuse reconnaissance.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

C'est à Rayer (1) que revient le mérite d'avoir découvert les lésions rénales de la syphilis. « J'ai vu des cas, dit-il, où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne. »

Avant lui les altérations des reins, dans le cours de la syphilis avaient bien été observées en Angleterre. Blackall, Gregory et Wells avaient fait sur ce sujet les travaux les plus complets.

Mais loin devoir dans ces lésions des lésions spécifiques, ils ne voyaient en elles, les uns qu'une simple coïncidence, les autres que l'action du mercure employé pour le traitement de la syphilis.

Une pareille erreur n'était pas difficile à réfuter. Pour en faire justice, Rayer n'hésita pas à nier formellement l'existence d'une néphrite mercurielle, tombant ainsi dans un excès contraire.

Frerichs (2) tout en reconnaissant que les syphilitiques

(1) F. Rayer. — *Maladie des reins*, 1840.

(2) Frerichs. — *Die Bright. Nierenkr., und deren Behandlung* Braunschweig, 1878.

sont quelquefois atteints d'albuminurie, ne crut pas à une action directe de la diathèse sur les reins. Pour lui la maladie de Bright n'était qu'une conséquence éloignée et médiate de de la syphilis, qui n'agirait ici que comme cachexie.

Puis vinrent les travaux du professeur Cornil (1) qui, avec des examens anatomo-pathologiques pour base, arrive à détruire les différentes formes de la syphilis rénale.

M. Lancereaux (2) dans son traité sur la syphilis, confirme pleinement les opinions de M. Cornil.

Nombreux sont les auteurs qui, à la suite de Rayër, de Cornil et de Lancereaux s'occupèrent des lésions rénales de la syphilis : Virchow (3), Lallier, Engel, Finger, Jaksch, Timgel, Guyol, Thouvenel, Coupland, Wagner, etc.

Les documents publiés par ces auteurs ne portaient que sur les néphropathies d'ordre tertiaire. On croyait même que les localisations rénales de la syphilis ne se produisaient qu'à une époque avancée de l'infection.

Guiol (4) disait : « La syphilis constitutionnelle n'attaque les viscères qu'à une époque avancée de son évolution. »

Et Roberts : « Il semble douteux que le poison syphilitique puisse produire un mal de Bright aigu. » Pour lui les cas de néphrite aiguë survenant au cours de la syphilis n'étaient que de simples coïncidences.

Behier, en 1867, dans une de ses cliniques de la Pitié, niait l'origine syphilitique d'une albuminurie qu'il venait d'observer chez une femme tuberculeuse, sous prétexte que celle-ci ne présentait que des accidents secondaires.

(1) Cornil. — Thèse de Paris 1864. Leçons sur la syphilis.

(2) Lancereaux. — Etudes sur les lésions viscérales de la syphilis, Gaz. hebdom., 1864.

(3) Virchow. -- Archives, 1858.

(4) Guiol — Essai sur l'albuminurie syphilitique..Th. de Paris, 1864.

La même année, en 1867, Perroud (1), professeur à la Faculté de Lyon, faisait connaître deux faits d'albuminurie, syphilitique précoce : le premier chez un vieillard dont l'albuminurie avait été favorisée, probablement par l'altération sénile des vaisseaux du rein; le second chez une fille qui, quelque temps auparavant, s'était exposée à un refroidissement dont l'action ne saurait être méconnue.

En 1878, Descouts (2) étudiait très minutieusement un cas fort curieux d'une albuminurie singulièrement précoce puisqu'elle était survenue cinquante-trois jours après l'apparition du chancre.

En 1879, le Dr Charles Drysdale (3), de Londres, dans une note publiée sur les affections syphilitiques des reins disait qu'il les avait fréquemment rencontrées dans la première phase de la maladie.

En 1881, Barthélemy (4) concluait, dans un travail, que les néphrites étaient une complication de toutes les périodes.

A la même époque, M. Martinet et M. Labadie-Lagrave publièrent deux observations d'albuminurie de la période secondaire, le premier dans la *France Médicale*, le second dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Une des monographies les meilleures et les plus complètes a été la thèse de Négel (5), parue en 1882, et dans laquelle l'auteur, à tout ce qui avait paru avant lui, joignait l'apport d'un travail personnel considérable.

En 1884, M. le docteur Sinety (6) publia une intéressante observation sur le même sujet.

(1) Perroud. — Journ. de Méd. de Lyon, 1867.

(2) Descouts. — Album. survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. — Th. de Paris, 1878.

(3) Drysdale, — British med. Journal, 1879.

(4) Barthélemy. — Annales de Dermat., 1881.

(5) Vassile L. Negel. — De la syphilis rénale. — Thèse de Paris, 1882.

(6) De Sinety. — Gaz. méd. de Paris, 1884.

En 1887, M. le docteur Mauriac (1) fit paraître un important travail sur la syphilis du rein, auquel nous avons fait de nombreux emprunts. Il y est arrivé à des considérations importantes que nous signalerons au cours de notre travail. — Il a d'ailleurs repris la question dans un article récent (2) où il insiste sur l'importance de la néphrite au point de vue du pronostic de la syphilis et distingue aussi la néphro-syphilose précoce de la néphrite parenchymateuse, la deuxième rappelant plutôt la néphrite interstitielle.

En 1892, Prendergast (3), dans sa thèse inaugurale, apporte une observation inédite et propose, avec MM. Lecorché et Talamon, de substituer au nom de néphrite syphilitique secondaire celui de syphilis brightique précoce.

En 1893, Pannetier fait une thèse sur l'albuminurie chez les syphilitiques.

La même année, M. le docteur F. de Grandmaison (4) publie une revue générale sur la syphilis du rein.

C'est en 1864 que le professeur Jaccoud a observé, à l'hôpital Lourcine, les deux premiers cas connus de syphilis rénale de la période secondaire. Ces observations, publiées peu après dans les cliniques de la Charité (5), passèrent un peu trop inaperçues.

En 1893, il publia, dans le *Bulletin médical* (6) une troisième observation ayant trait à un homme de 26 ans et qui sera consignée à la fin de ce travail.

(1) Ch. Mauriac. — Mémoire sur la syphilis du rein. — Paris Attelin et Houzeau, 1887.

(2) Archives gén. de Médecine, 1892.

(3) Prendergast. — Syphilis brightique précoce. — Th. de Paris, 1892.

(4) F. de Grandmaison. — Gaz. des Hôpitaux, 1893.

(5) Jaccoud. — Clin. de la Charité, 1869, p. 713.

(6) Jaccoud. — Bulletin méd., 1893, p. 1043.

En 1896 il a publié un quatrième cas (1) observé à la Pitié.

MM. Lécorché et Talamon (2) ont publié dans la *Médecine moderne* une observation détaillée suivie de considérations intéressantes.

Citons enfin le mémoire de Gaston (3), celui de Delore (4) qui contient, une observation rapportée plus loin, celui de Derville (5), les deux thèses de Boukkéieff (6) et de Regnier (7) et, pour l'étranger, les mémoires de Paci (8), Døederlein (9), Welander (10).

(1) Revue intern. de méd. et de chir., 1896.

(2) Lecorché et Talamon. — Méd. mod., 1891.

(3) Gaston. — Annales de Dermatol., 1890

(4) Delore. — Province médicale, 1895.

(5) Derville. — Journ. des Soc. méd. de Lille, 1896.

(6) Boukkéieff, — Th. de Paris, 1889.

(7) Regnier. — Th. de Paris, 1896.

(8) Paci. — Gaz. degli Osped di Milano, 1897.

(9) Døederlein. — Munchner Woch, 1896.

(10) Welander. — Arch. für Derm., Wien 1896.



ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE

Le professeur Dieulafoy (1) s'exprime ainsi au début du chapitre syphilis rénale de son remarquable manuel de pathologie interne : « Nos connaissances actuelles sur la syphilis du rein ne nous permettent d'écrire qu'un chapitre d'attente. » Nulle part, plus qu'au paragraphe de l'étiologie, ces paroles ne sauraient être plus vraies.

Non seulement les causes intimes de ces néphrites nous échappent encore, mais leur existence même a pu être contestée par nombre d'auteurs jusqu'à ces années tout à fait dernières.

Et de fait, si l'on soumet à un examen attentif bien des observations publiées et reproduites sous l'étiquette, de néphrite syphilitique secondaire, on ne peut s'empêcher de se montrer pour beaucoup d'entre elles sceptique à l'endroit de leur origine spécifique.

Pourquoi refuser à un syphilitique le droit de faire une néphrite banale à frigore ou autre, au même titre qu'un sujet indemne de tout accident vénérien ?

Poussant ce raisonnement jusqu'à l'extrême limite, un certain nombre d'auteurs, ne voient autre chose dans la

(1) Dieulafoy. — Manuel. — 10^e édition. — 1698.

néphrite survenue au cours des accidents secondaires qu'une simple coïncidence, et dans son traité des maladies des reins qui fait encore aujourd'hui autorité en Angleterre. Roberts (1) se range à cette opinion considérant comme douteux que la syphilis puisse produire une néphrite aiguë. Il admet simplement avec tout le monde la néphrite syphilitique tertiaire avec dégénérescence amyloïde. Hâtons-nous d'ajouter que les récents progrès de la pathologie générale ont rejeter cette opinion par tout le monde à l'heure actuelle : a priori la syphilis, maladie infectieuse, toxique, doit atteindre le rein et produire la néphrite, au même titre que la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.

Mais, l'origine spécifique de ces néphrites est affirmée d'une façon indéniable par la pierre de touche infaillible de toutes les lésions syphilitiques, nous avons nommé le traitement iodo-mercuriel. Si, au lieu de phénomènes brightiques le malade qui fait l'objet de l'observation II publiée ci-après, avait présenté au cours de sa syphilis secondaire des accidents cérébraux ainsi modifiés et guéris par le traitement spécifique, personne ne songerait à émettre le moindre doute sur les relations de cause à effet entre la syphilis et ces accidents. Pourquoi raisonnerait-on pour le rein autrement que pour le cerveau ?

Après avoir relaté ses vingt-trois cas de néphropathies syphilitiques précoces. M. Mauriac (2) ajoute ? « Il est remarquable de voir combien peu souvent on est parvenu à découvrir en dehors de l'intoxication syphilitique, un autre facteur étiologique ; c'est même sur l'absence presque constante de toute autre cause qu'on se fonde en grande partie pour établir la spécialité de l'affection ».

(1) Roberts. — *Urinary and renal diseases*, 1885, p. 608.

(2) Ch. Mauriac. — *Syphilose du rein*, 1887.

Évidemment chez le malade qui fait l'objet de l'observation I, rapportée plus loin, on pourrait incriminer, non sans quelque apparence de raison, l'éthylisme comme cause déterminante de sa néphrite. Mais le début de ses petits accidents du brighthisme a suivi nettement et de près l'éclosion de ses accidents secondaires. Depuis nombre d'années il exerçait le métier fort pénible de débardeur sur les quais et la néphrite ne se déclara chez lui qu'au moment de son infection spécifique.

Nous ne refusons pas au froid, à l'alcoolisme, aux infections et intoxications diverses tout rôle dans la genèse des néphropathies syphilitiques précoces. Mais nous leur assignons une part accessoire, ne les considérant que comme prédisposantes, préparant simplement le terrain sur lequel évoluera l'infection spécifique.

Cette question de la coïncidence étant résolue, il nous reste à étudier la question non moins importante du rôle du traitement mercuriel dans la production de l'albuminurie chez les syphilitiques, rôle si important aux yeux de certains auteurs qu'ils n'ont pas hésité à lui attribuer en propre tous les cas de ce genre.

Les premiers observateurs qui, en Angleterre, s'occupèrent de la question, Blackall, Gregory et Wells avaient été unanimes à incriminer le traitement mercuriel. C'est alors que Rayet s'éleva contre cette assertion au point de nier formellement la possibilité d'une néphrite mercurielle : « chez les individus réellement intoxiqués par l'hydrargyre, les doreurs, par exemple, atteints de tremblement et des autres symptômes de l'empoisonnement mercuriel, on n'observe ni des œdèmes généralisés, ni des urines coagulables. »

C'était aller trop loin, mais de là aux exagérations

contraires de Güntz, la distance était grande. Ce pathologiste, en 1885 (1), partit en guerre contre les cures mercurielles, faisant ainsi une nouvelle croisade contre ce traitement qui avait provoqué jadis de si âpres luttes. Il prétendit que 30 pour cent des malades soumis à la cure succombaient et signala la proportion de 62 pour 100 de récidives après guérison apparente. C'étaient là deux arguments dont l'exactitude était difficile à contrôler. Un troisième argument beaucoup plus grave était la fréquence des maladies des reins chez les syphilitiques traités par le mercure.

M. Mauriac protesta formellement contre cette assertion. Il dit et avec raison que la proportion des syphilitiques atteints de néphrite était extrêmement faible si l'on envisage le nombre considérable des malades qu'il avait eu à soigner depuis dix-huit ans, au Midi, et dont il avait suivi quelques-uns pendant assez longtemps.

Güntz prétendait avoir constaté la néphrite ou la dégénérescence graisseuse des reins chez près de 50 ou 60 pour 100 des syphilitiques dont l'autopsie avait été faite. M. Mauriac nia formellement ces résultats disant que si ces néphrites étaient aussi fréquentes que le disait l'auteur allemand, elles auraient été certainement notées en France et en Angleterre.

L'auteur allemand expliquait la nocivité du mercure par la propriété qu'aurait celui-ci de favoriser la transformation de l'albumine des tissus en graisse et l'accumulation de cette dernière dans les organes et en particulier dans les reins. Or cette théorie n'est rien moins que prouvée elle se réduit à une simple hypothèse.

En tout cas, un fait serait contraire à cette hypothèse :

(1) *Mémorabilien*. Heft 7.

c'est la disparition de l'albuminurie syphilitique sous l'influence du mercure. Il est vrai que Güntz prétendait qu'en outre que ces faits étaient rares, il s'agissait alors de gommès du rein lesquelles auraient fondu sous l'influence du traitement.

D'autre part, la précocité des accidents néphritiques, survenant à un moment où l'organisme n'a pas encore eu le temps de s'intoxiquer vient à son tour battre en brèche les idées de Güntz. Il est même des cas où des malades atteints de néphrite n'avaient pas ingéré un atome de mercure, par contre il est des cas où la néphrite est apparue longtemps après que l'on avait cessé toute administration mercurielle.

M. Mauriac arrivait à cette conclusion parfaitement justifiée et admise depuis que les néphropathies syphilitiques secondaires étaient rares et que, quand elles se produisent il n'y avait aucune raison pour en incriminer le mercure.

A ces arguments suffisamment probants d'ailleurs par eux-mêmes de M. Mauriac, nous ajouterons que dans bien des cas, celui par exemple de notre observation II, l'albuminurie est apparue avant toute ingestion de mercure.

Il semble donc acquis que la syphilis soit bien et elle seule la cause immédiate des néphropathies de la période secondaire. Mais si nous voulons maintenant expliquer quel est le processus intime de son action, du domaine des faits nous passons dans le domaine des hypothèses. Que dire, en effet, de l'action sur le filtre rénal, d'une infection dont la nature intime nous échappe encore totalement ?

La syphilis est-elle une infection microbienne ? est-ce une toxhémie ? ou bien encore participe-t-elle de ces deux classes nosologiques ? L'avenir nous répondra sans doute. Quoi qu'il en soit, chacune de ces trois hypothèses suffirait à elle seule à expliquer les lésions irritatives du parenchyme rénal et du tissu interstitiel.

La syphilis n'agirait-elle pas aussi par l'intermédiaire du sang dont elle altère la composition chez tous les sujets ? L'endartérite, lésion si habituelle dans la syphilis, ne pourrait-elle être invoquée comme cause de néphrite ? Il n'est pas douteux, que dans certains cas des lésions de cette nature sont venues ajouter leur effet aux lésions interstitielles ou parenchymateuses. C'était le cas chez le malade de l'observation I, dont les reins furent examinés microscopiquement par M. le professeur Letulle ; mais dans bien des cas aussi le microscope n'a pas vérifié cette hypothèse.

Fréquence. — Les néphropathies syphilitiques précoces sont-elles fréquentes ? Il est difficile de l'exprimer par des chiffres, les statistiques étant muettes à ce sujet. « Mais, dit M. Mauriac, ce que je puis affirmer, c'est que cette détermination est rare, très rare même, puisqu'à l'hôpital du Midi, où sont soignés un si grand nombre de syphilitiques secondaires, je n'ai pu en observer que quelques cas. »

Nous-même, pendant les quatre mois que nous avons passé dans le service de M. le docteur Renault, à l'hôpital Ricord, nous avons systématiquement examiné les urines de tous les malades syphilitiques entrant dans le service. A part les deux observations que nous publions ci-après, nous n'avons pas rencontré un seul autre cas d'albuminurie, bien que notre étude ait porté sur environ trois cents sujets.

On le voit, ces faits sont en contradiction formelle avec les assertions de Güntz que nous avons rapportées plus haut.

D'ailleurs, tous les auteurs qui se sont occupés de la question : Négel, Boukkaieff, Pannetier, Régnier, Prendergast, etc., sont arrivés aux mêmes conclusions que nous, à savoir la rareté relative de l'affection qui nous occupe, étant donnée la fréquence extrême des cas d'infection syphilitique.

Age. — Il ne semble pas que les accidents rénaux se développent de préférence chez des sujets d'un âge mûr dont les artères sont altérées par des intoxications diverses (tabac, alcool), par des infections antérieures ou par l'artério-sclérose.

Les nombreuses observations publiées se rapportent à des sujets de tous les âges, depuis la puberté jusqu'aux âges les plus avancés. Il y a cependant une prédilection pour l'âge moyen où la période génitale bat son plein et où les cas d'infection syphilitique atteignent leur maximum de fréquence.

La *syphilis héréditaire* se charge de nous fournir des cas de néphrite syphilitique dans l'enfance. Parrot (1), Négel, Paul et Emile Diday (2) nous en ont rapporté maintes observations. Ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que d'étudier ici les néphropathies de la syphilis héréditaire.

Sexe. — Il semble que les femmes soient moins exposées que les hommes aux lésions rénales précoces de la syphilis acquise. Du moins la plupart des observations publiées, sauf celles de Welander (3) se rapportent-elles à des hommes.

Ne sait-on pas que les femmes, moins portées que les hommes aux habitudes d'intempérance, présentent aux infections des reins plus aptes à se défendre ?

(1) Parrot. — Leçons sur la syph. héréditaire.

(2) P. et M. Diday. — Dict. encycl. des Sc. méd. art. syphilis.

(3) Welander. — Loco citato.

SYMPTOMES

Bien qu'il ne soit pas irrationnel d'admettre que l'albuminurie puisse apparaître quelques jours à peine après l'éclosion du chancre, il n'est pas d'observation dans laquelle on l'ait constatée moins de cinquante jours après le début de l'accident initial ; et encore les faits de cette nature sont-ils exceptionnels et le maximum de fréquence des néphrites syphilitiques précoces s'observe du quatrième au huitième mois de l'infection.

Si les auteurs sont à peu près d'accord en ce qui concerne la date la plus rapprochée à laquelle puissent apparaître, ces néphrites, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de fixer la date la plus reculée. C'est que nous touchons ici à un problème encore insoluble de la pathologie syphilitique ; où finit la période secondaire et où commence la période tertiaire. Les nombreux auteurs qui ont étudié avant nous le sujet qui nous occupe semblent s'être préoccupés extrêmement peu de ce point, cependant si important. C'est ainsi que bien des observations de Wagner, de Boukkéieff, de Cohadon, de Négel, se rapportent à des syphilis vieilles de 8, 10, 12 ans ; et, cependant, ces néphrites sont par eux, sans hésitation, qualifiées de secondaires. Nous nous refusons à voir en elles autre chose que des néphrites tertiaires ; dans

les cas où l'autopsie a suivi l'observation clinique, les lésions de sclérose s'unissaient aux lésions gommeuses, imprimant ainsi à l'affection le cachet du tertiarisme.

Pour nous, sans avoir en rien la prétention de résoudre ce point si contesté de la durée habituelle de la période secondaire, nous n'attribuons qu'aux néphrites débutant pendant les trois premières années la qualification de secondaires; et encore, parmi ces dernières, devons-nous distinguer celles qui sont pour ainsi dire contemporaines du chancre de celles qui débutent après la première année: Nous appellerons les premières des néphrites syphilitiques secondaires précoces, et les autres des néphrites syphilitiques secondaires tardives, suivant complètement en cela l'opinion récente du professeur Jaccoud (1).

Différentes par leur date d'apparition, différentes par leurs lésions anatomiques, elles sont encore, comme nous allons le voir, différentes, et par leurs allures cliniques et par leur gravité pronostique.

Avant d'aborder l'étude de ces deux variétés de néphrites. Nous devons une mention à ces cas plus fréquents peut-être qu'on ne le croit, dans lesquels la présence de l'albumine dans les urines constituant le seul et unique symptôme, la lésion rénale passe inaperçue. Il est à croire que si certains d'entre eux évoluent sans bruit vers la guérison, il en est quelques-uns qui se manifestent d'une façon bruyante et soudaine, soit par les symptômes ordinaires d'une néphrite subaiguë, soit par les symptômes autrement alarmants de l'intoxication urémique. Ce sont là des *formes latentes* de la maladie. Leur diagnostic précoce est d'une très grande importance pour la vie du malade. Aussi

(1) Jaccoud. Revue internat. de Méd. et de Chir. — 1896 — p. 161.

l'examen des urines de tout syphilitique est-il le complément indispensable d'un examen clinique sérieux.

Prendergast (1), rapporte de ces néphrites syphilitiques latentes, emportant brusquement le malade en trois jours, avec des phénomènes d'encéphalopathie urémique, une jolie observation, empruntée au Mémoire de M. Mauriac. Il n'omet qu'une phrase, la dernière dans laquelle M. Mauriac déclarait que cette néphropathie n'avait rien de syphilitique (2).

1°) *Néphrite syphilitique secondaire précoce.* — Dans les symptômes de cette néphrite on retrouve ceux du mal de Bright aigu, de même que dans ses lésions anatomo-pathologiques, nous avons retrouvé les caractères anatomiques du gros rein blanc. Le symptôme important est donc l'albuminurie.

Nous n'insistons pas sur les caractères chimiques de cette albumine, décelée par la simple adjonction d'acide nitrique ou par la chaleur, elle atteint souvent dans l'urine une très grande proportion : 110 grammes dans un cas extrême cité par Mauriac. Les faits de 15, 20, 30 grammes par litre sont d'observation assez courante. Tous les auteurs ont été frappés de cette grande quantité d'albumine et M. Dieulafoy (3) va jusqu'à lui accorder une grande valeur diagnostique.

La présence de l'albuminurie ne constitue pas le seul caractère anormal des urines. Leur quantité peut être accrue, atteindre quatre et cinq litres par jour ; mais, en général, au lieu de cette polyurie, c'est de l'oligurie que l'on observe. Le malade de Doederlein, la veille de sa mort, urina 35 centimètres cubes dans les 24 heures. Inutile d'insister sur la

(1) Prendergast. Th. Paris, 1892, p. 26.

(2) Mauriac. Loc. cit., p. 19.

(3) Dieulafoy. — Clinique de l'Hôtel-Dieu (inédite), mai 1898.

gravité pronostique de cette oligurie et sur l'imminence, en pareil cas, des accidents urémiques.

L'aspect des urines est trouble, rougeâtre par l'adjonction de quelques globules rouges. Elles laissent, par le repos, déposer un sédiment plus ou moins abondant, microscopiquement constitué par des globules sanguins altérés, des cellules épithéliales, quelques cristaux et un grand nombre de cylindres granuleux.

M. Leroy (de Lille) a longuement insisté sur la valeur pronostique de ces cylindres.

Malgré son importance, l'albuminurie n'est pas toujours le premier signe reconnu. Et même, le plus souvent, il arrive qu'on est amené à la rechercher parce qu'on assiste au développement d'un *œdème* plus ou moins généralisé, qui survient brusquement et sans signes précurseurs. Ce sont d'abord les paupières et les régions malléolaires qui sont prises, puis les membres inférieurs, les organes génitaux externes et enfin la paroi abdominale qui, à son tour, peut être envahie par la sérosité extravasée. Dans un de nos cas personnels, ce fut un œdème considérable de la lèvre, seule manifestation œdémateuse qui nous mit sur la voie du diagnostic en nous conduisant à l'examen des urines.

Le *douleurs lombaires* semblent être moins fréquentes que dans les néphrites aiguës. Elles peuvent marquer le début des accidents.

Les *symptômes urémiques* apparaissent de très bonne heure, bien qu'ils soient peu accentués. On observe surtout de l'urémie chronique, à début lent et insidieux. Le malade accuse une céphalée qui revient par accès plus ou moins rapprochés; il a des vertiges, quelquefois des troubles de l'ouïe et de la vue, caractérisés par des bourdonnements d'oreille et par des mouches volantes qu'il a sans cesse devant les

yeux. Les digestions sont pénibles, il a des nausées, des vomissements.

La *fièvre* existe souvent, généralement peu intense puisque, nous le répétons, la néphrite syphilitique secondaire est plutôt subaiguë que franchement aiguë. Aussi voyons-nous la température, quand elle ne reste pas normale durant toute l'affection, osciller entre 38° et 39° sans jamais, sauf dans des cas exceptionnels, dépasser cette limite.

2°) *Néphrite syphilitique secondaire tardive*. — Elle affecte généralement une forme plus ou moins chronique. Les troubles de la santé générale sont nuls au début ; ils ne se déclarent que plus tard ; mais ils font rarement défaut. Les malades deviennent pâles et anémiques ; ils perdent leur force musculaire et arrivent à un degré de maigreur considérable, d'autant plus sensible que souvent alors l'œdème diminue et disparaît.

La déperdition de l'albumine n'est pas la cause immédiate de ces troubles de la nutrition. Ils sont produits principalement par les complications qui ne manquent jamais de survenir du côté des fonctions digestives. Un degré plus ou moins aigu d'urémie gastro-intestinale finit pour ainsi dire toujours par entraîner chez les malades de l'inappétence, des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée.

Du côté du système nerveux les phénomènes consistent longtemps en une céphalalgie plus ou moins violente. La persistance de ce symptôme, l'apparition d'un peu de subdélire doivent mettre en garde contre l'éclosion d'encéphalopathie urémique.

La dyspnée peut consister simplement en un certain degré d'anhélation. Elle coïncide alors souvent avec l'hypertrophie du cœur droit. Elle est due soit à des phénomènes d'intoxication du côté du bulbe, soit à de l'œdème pulmonaire.

Elle est portée à son maximum dans les cas où l'œdème envahit le larynx. C'est le cas de rappeler ici, puisque l'iodure de potassium peut être administré à l'intérieur, que M. Huchard, à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1888, a rapporté un cas de mort par œdème de la glotte, consécutif à l'administration journalière de douze grammes d'iodure.

Evolution. — Apparue et développée dans ces conditions, la néphrite syphilitique secondaire peut avoir une évolution rapide : en quelques semaines, elle peut aboutir à l'urémie. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, le traitement spécifique enraye le mal et fait disparaître l'albuminurie, en même temps qu'il affirme la nature de la lésion ; enfin, la maladie peut s'amender d'elle-même et les symptômes d'urémie se calment, momentanément du moins. Nous avons vu, en effet, que la néphrite syphilitique est surtout une néphrite partielle.

L'intervention thérapeutique exerce une grande influence sur la marche des néphropathies syphilitiques précoces. Quand les spécifiques sont tolérés, quand l'affection est prise en temps opportun, en quelques jours sa physionomie est modifiée et la filtration de l'albumine diminue dans des proportions énormes. Notre observation personnelle n° II est, sous ce rapport-là, bien typique.



DIAGNOSTIC

Il est rare que la question du diagnostic soulève ici de grandes difficultés.

Nous n'insistons pas sur la constatation de l'albumine dans les urines : souvent provoquée par un symptôme révélateur (œdème perpébral, préputial, ou de la lnette; doigt mort; épistaxis, etc.), elle n'offre en elle-même aucune espèce de difficulté.

Mais où la question devient un peu plus délicate, c'est lorsqu'il s'agit de rattacher à sa vraie cause cette albuminurie. « Lorsque chez une personne jusque-là bien portante, dit Mauriac, il survient de l'albuminurie et de l'anasarque, en pleine période d'accidents secondaires, et sans l'intervention d'aucune cause autre que la syphilis, il est légitime d'admettre une détermination de cette maladie sur les reins. »

Evidemment, si d'autres facteurs étiologiques, quels qu'ils soient, sont susceptibles de pouvoir être invoqués, il faudra faire la part de ce qui revient à chacun d'eux. « Mais, ajoute Mauriac, alors même que cette part serait grande, on ne perdra jamais la syphilis de vue et on administrera les spécifiques. Ce sont eux qui jugent en dernier ressort. »

Il faut cependant se garder de croire que le traitement antisypilitique doive servir de pierre de touche des néphrites spécifiques : on ne doit l'instituer qu'avec la plus grande réserve dans les cas douteux ; autant son indication est formelle et son action efficace dans le cas de néphrite nettement due à la syphilis, autant il est contre-indiqué et nuisible dans les cas où la néphrite n'est pas spécifique.

Si le diagnostic de néphrite chez un sypilitique ne présente pas de grandes difficultés, celui de syphilis chez un albuminurique peut être plus délicat. « Lorsque les facteurs étiologiques d'une albuminurie aiguë nous échappent, disait souvent Gubler, cherchez la syphilis. » Cette recherche peut être rendue d'autant plus difficile que la détermination rénale contribue au bout d'un certain temps à faire disparaître les accidents spécifiques, selon Mauriac, Il faudra donc interroger soigneusement le malade, s'il est en état de répondre aux questions du médecin. S'il est au contraire dans un état comateux, ce qui peut se présenter, il faudra examiner à fond ses téguments et ses muqueuses : une seule papule, caractéristique, des taches plantaires, enfin des plaques muqueuses suffisent à mettre sur la voie du diagnostic.



PRONOSTIC

Le pronostic des néphropathies syphilitiques, ainsi que le dit M. Mauriac (1) dans son remarquable mémoire auquel nous avons déjà fait de larges emprunts, est beaucoup plus embarrassant que leur diagnostic. Elles n'ont pas une marche facilement calculable.

Elles exposent à des surprises même quand on est prévenu de leur possibilité.

Il faut se tenir en garde contre les encéphalopathies qui sont, dans l'espèce, doublement insidieuses, car elles peuvent être dues ou bien à l'urémie, ou bien à la syphilose cérébrale, ou bien à ces deux causes réunies.

L'importance immédiate du pronostic réside dans la quantité de l'albumine et des détritits épithéliaux qui traduit l'intensité de la glomérulo-néphrite, dans l'abondance et la généralisation de l'œdème sous-cutané et des épanchements thoraciques et abdominaux, dans les troubles respiratoires et gastro-intestinaux; enfin dans l'action curative plus ou moins intense des mercuriaux et de l'iodure de potassium.

L'albuminurie persiste souvent longtemps après la disparition des autres phénomènes de la néphropathie. Ce fait

(1) Mauriac. — Loco citato, p. 59.

n'est guère rassurant, mais les observations montrent qu'en général il n'y a pas à s'en inquiéter outre mesure.

D'ailleurs, une albuminurie sans anasarque, observée chez un syphilitique pendant la période secondaire, n'indique pas nécessairement une détermination spécifique sur les reins. Cela ne serait que si l'albuminurie persistait pendant plusieurs semaines et si elle s'accompagnait d'une excrétion de détritits épithélium granulo-graisseur. En pareil cas, du reste, l'anasarque ne tarderait pas à se produire et on pourrait l'annoncer presque à coup sûr. Il est vrai qu'alors on pourrait la prévenir par un traitement convenable. Aussi serait-il prudent d'analyser de temps à autre l'urine des syphilitiques.

M. Brault (1) dit que l'opinion de M. Mauriac est trop optimiste. « Sur le petit nombre des observations connues, dit-il, il existe 8 ou 10 faits bien démontrés de terminaison par la mort et d'autres où l'albuminurie bien qu'amoindrie, reste permanente. Ces cas ne doivent pas être compris parmi ceux qui guérissent; peut-être subiront-ils dans l'avenir quelque recrudescence. La prolongation d'une albuminurie doit faire craindre, en effet, au bout de plusieurs années, de voir succéder à une néphrite en partie cicatrisée une dégénérescence amyloïde presque toujours funeste. »

Nous ne pouvons que nous associer à ces conclusions.

Le docteur Horteloup fit, le 23 novembre 1886, à la Société de médecine de Paris, un rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires. Ces observations avaient été communiquées à la dite société par M. le docteur Edm. Wickham. Trois d'entre elles avaient été recueillies dans le service de M. Horteloup au Midi: la quatrième, dans le ser-

(1) Brault. = Traité de Méd. Charcot-Bouchard, tome V.

vice de Clinique chirurgicale de la Charité par M. le docteur Marchand, alors chef de clinique.

La *première observation* a trait à un palefrenier de 42 ans; la deuxième à un ouvrier ébéniste de 21 ans; la troisième est celle d'un gamin de 17 ans qui meurt après trois semaines de lutte; enfin, la quatrième observation, celle de la Charité, est celle d'une femme de 21 ans.

Ces quatre observations sont consignées avec les autres à la fin de ce travail. (Obs. IX, X, XI, XII.)

Horteloup, après avoir rapporté sommairement ces observations, se demande s'il ne faut pas établir une distinction entre les albuminuries qui se produisent dans les premiers mois de l'infection et celles qui surviennent après deux ou trois ans de syphilis, celles-ci n'étant pas encore les albuminuries tertiaires.

C'est cette distinction qui a permis à M. Wickham de formuler la première conclusion de son travail : « L'albuminurie syphilitique de la période secondaire est bénigne. » Au contraire, c'est pour avoir confondu dans la même étude clinique les faits observés dans les premiers mois de la syphilis et ceux observés plus tard vers la fin de la deuxième ou de la troisième année que Nægel (1) termine son travail par des conclusions dont la troisième commence ainsi : « Les néphrites syphilitiques de la période secondaire sont toujours des accidents graves; toutefois elles peuvent guérir.... »

Dans la première des quatre observations (Obs. IX), l'albuminurie survient *trois mois* seulement après le début de la syphilis. En vingt-quatre jours de traitement l'œdème et l'épanchement pleural sont résorbés et toute trace d'albuminurie a disparu.

(1) Thèse de Paris, 1883.

Dans l'observation de la Charité (Obs. XII), la syphilis date de *huit mois* et à la sortie de la malade, l'albuminurie qui avait atteint 12 grammes, était réduite à un chiffre insignifiant.

Les observations de ce genre ne manquent pas et l'on peut dire que si quelquefois l'albuminurie a persisté deux mois, dans un cas sept mois; on peut conclure que la *guérison* de ces albuminuries précoces est la *règle* et que, de plus, elle est rapide.

Il y a bien cependant l'observation de M. Perroud (Obs. XIV) où il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, dont la syphilis datait de deux mois et chez qui on observait en même temps qu'une éruption secondaire très confluyente de l'anasarque des membres et des parois abdominales et une grande quantité d'albumine. Cet homme, entré le 2 janvier, meurt le 6 février, en proie à une dyspnée intense. Mais dans cette observation on ne peut, en lisant la relation microscopique, s'empêcher de penser qu'il s'agissait peut-être simplement d'une néphrite a frigore chez un syphilitique.

Sauf ce cas, les autres observations indiquent une guérison assez rapide et lorsqu'on a pu suivre quelques malades, on garde l'impression qu'ils ont été atteints d'un accident léger et qui ne laissera pas de traces.

Il n'en est plus de même dans les affections rénales qui surviennent plus tard, vers la troisième année de la syphilis.

Le travail de Wagner (1882) et cité en grande partie par Nœgel dans sa thèse contient un cas fort intéressant qui vient à l'appui de la thèse que soutient Horteloup. C'est l'Obs. de ce travail. Les premiers accidents sont survenus au cours de la troisième année de l'infection. Trois ans plus tard, en 1881, survient un œdème généralisé et cette fois le malade succombe.

Ce fait prouve bien la gravité des accidents rénaux survenant dans la troisième année. Il est plus que probable que lorsque la syphilis frappe le rein à cette période, elle peut devenir le point de départ d'une néphrite qu'on observe plus tard.

Il faut donc, selon Horteloup, bien nettement séparer les accidents rénaux des premiers mois de ceux qui arrivent dans la syphilis plus ancienne. Les premiers seraient comparables à la première poussée cutanée, à la roséole, éruption qui ne laisse pas de traces et qui est presque toujours unique dans le cours d'une syphilis, tandis que les autres accidents rénaux se rapprocheraient des éruptions cutanées plus tardives qui, longtemps, laissent des traces indélébiles.

On retrouverait aussi du côté des reins, un accident comparable à ces ictères qui surviennent au début de la syphilis, dont on ne connaît nullement la cause et que Gubler(1) a voulu expliquer sans aucune raison, du reste, par une roséole des conduits biliaires.

Les Albuminuries précoces sont très rapidement influencées par le traitement antisyphilitique.

L'Observation IX (la première de Wickham) le démontre et il est indispensable de l'instituer rapidement et sévèrement.

Telles sont les conclusions du remarquable travail de M. Horteloup.

(1) Gubler, 1853.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au fur et à mesure que l'on connaît mieux les néphrites syphilitiques de la période secondaire, on s'attache davantage à les découvrir, d'où, dans ces dernières années, richesse plus grande de la bibliographie en ce qui les concerne et multiplication des observations cliniques et des résultats nécropsiques. Ce n'est pas à dire pour cela que nos connaissances anatomo-pathologiques se soient largement enrichies. Outre que la maladie entraîne rarement la mort, grâce à l'efficacité du traitement spécifique, les résultats des examens macro et microscopiques offrent entre eux une si grande discordance qu'il est pour ainsi dire impossible de tracer de ces lésions un tableau d'ensemble. Non seulement les lésions diffèrent selon les périodes de la syphilis secondaire auxquelles elles appartiennent, mais encore pour une même période, elles sont loin d'offrir des caractères similaires.

Il est possible cependant, en étudiant les observations dans lesquelles l'examen nécropsique a pu être fait, de distinguer, selon la très compétente opinion de M. Mauriac (1), les lésions précoces, purement parenchymateuses, des lésions

(1) Mauriac, *Loco citato*, p. 54.

plus tardives dans lesquelles la gangue interstitielle est atteinte.

Nous employons à dessein l'expression de *plus tardives* que nous opposons à celle de *lésions précoces*. Nous rejetons du cadre des néphrites syphilitiques secondaires, ces néphrites qualifiées telles et rapportées comme telles par certains de nos devanciers. En effet, toute néphrite qui débute trois ou quatre années après le chancre, nous paraît appartenir bien plutôt au commencement de la phase tertiaire qu'à la fin de la période secondaire. Certaines observations de Wagner, rapportées dans son mémoire (1), nous en fournissent des exemples. C'est six ans, huit ans, dix ans même après l'apparition des premiers accidents qu'est apparue dans ces cas l'albuminurie révélatrice de lésions rénales. Ne doit-on pas voir là plutôt des syphilomes rénaux, précoces à vrai dire dans leur développement, que des lésions banales de néphrite infectieuse spécifique?

Et de fait, l'étude de toutes les lésions rénales de la syphilis nous montre l'action progressive du virus syphilitique et nous permet de la suivre pour ainsi dire pas à pas.

Dans sa phase initiale, d'une virulence extrême, l'infection frappe l'élément noble, la cellule. L'élimination, probablement très abondante, des toxines, irrite soit les cellules des tubuli, soit les cellules du glomérulaire. Ces dernières, bien qu'étant des éléments conjonctifs, sont de par leur situation même en contact tellement intime avec les produits d'excrétion, qu'elles réagissent de la même façon que les parenchymateuses. Donc, dans une première phase tout à fait initiale, néphrite parenchymateuse, glomérulo-néphrite de KLEBS.

(1) Wagner. Deutsche Arch. für Klinische méd. Tome XXVIII, 1881.

Ne savons-nous pas cependant la prédilection pour ainsi dire exclusive du virus syphilitique pour le tissu conjonctif ? Partout, en effet, où la syphilis exerce son action, à n'importe laquelle de ses périodes, elle attaque d'abord la trame cellulaire, elle l'enflamme chroniquement, puis la sclérose, et c'est ainsi qu'elle arrive à altérer et à détruire définitivement les éléments actifs auxquels cette gangue sert de substratum et de milieu nourricier.

Pourquoi donc la syphilis agit-elle ici par un processus qui constitue une dérogation à ses habitudes ? Pourquoi n'atteint-elle la gangue interstitielle que secondairement ? C'est qu'ici il s'agit, non pas d'une détermination précise, mais de la conséquence ordinaire d'une élimination toxique et partant irritative.

A une période un peu plus avancée de l'infection, période dans laquelle nous voyons apparaître des néphrites toujours secondaires, bien qu'un peu plus éloignées du début des accidents, les lésions sont généralement purement interstitielles. Ici, plus d'élimination en masse des toxines, mais réaction du tissu conjonctif prémonitoire pour ainsi dire de la sclérose. Ce n'est pas à dire que ces lésions aboutiront fatalement à la sclérose ; le virus syphilitique peut borner son effet à ce premier stade.

Enfin, au fur et à mesure que la syphilis avance en âge, ses lésions affirment davantage leur caractère, les cellules embryonnaires s'organisent en amas et les gommes apparaissent au sein des tissus.

De ces trois ordres de lésions parenchymateuses interstitielles et gommeuses, les deux premières seules ressortissent à notre étude. Encore devons-nous nous borner à exposer leurs caractères généraux, essayant de mettre en lumière ce qu'elles peuvent avoir de propre à leur nature, car notre

compétence limitée nous interdit la prétention de traiter complètement l'anatomie pathologique des néphrites.

Hâtons-nous d'ajouter qu'à ces lésions spécifiques viennent s'ajouter parfois des lésions telles que la dégénérescence granulo-graisseuse, la dégénérescence amyloïde, longtemps considérée comme l'apanage de la tuberculose, des suppurations prolongées, des cachexies.

Bien que cette lésion ne soit pas du domaine de la syphilis secondaire, nous la mentionnons ici parce qu'elle renire plutôt dans le cas de la néphrite que dans celui du syphilome rénal. Son entrée dans le domaine de la syphilis est de date relativement récente.

Le jour où cette dégénérescence amyloïde se rencontra chez les syphilitiques, on chercha à la rattacher à l'état cachectique que présentent quelquefois certains de ces malades. Cette interprétation dut cependant être délaissée devant l'évidence des faits anatomiques et cliniques, quand la dégénérescence amyloïde fut découverte chez des sujets d'apparence très robuste.

Nombreux sont les auteurs qui l'ont notée et étudiée. Parmi eux nous devons plus spécialement signaler MM. Lecorché et Talamon (1), Cornil et Brault (2), Marfan (3), Labadie-Lagrave (4), Julien (5) et enfin M. Leroy (6), professeur à la Faculté de Lille, qui, il y a huit ans, a publié une intéressante monographie sur le même sujet.

(1) Lecorché et Talamon. Etudes médicales, 1881.

(2) Cornil et Brault. Loco cit.

(3) Marfan. Gaz. des Hôp., 1888.

(4) Labadie-Lagrave. Dict. de Jaccoud.

(5) Julien. Loco cit.

(6) Leroy. Contribution à l'étude de la néphrite syphilitique. — Arch. gén. de Médecine, 1890, p. 257.

1^o *Néphrite parenchymateuse*. — Deux beaux exemples de cet ordre de lésions nous sont fournis par les deux observations suivies d'examen nécropsique recueillies et publiées par M. Brault (1), dont la compétence dans cette matière est indiscutée. Dans la première le rein gauche pesait 290 gr., le rein droit 225; les deux reins avaient une teinte gris blanchâtre. Sur cette coloration se détachaient des étoiles veineuses et des pinceaux vasculaires. La capsule n'était pas adhérente. Les pyramides avaient une teinte rouge foncée, contrastant avec le reste du parenchyme, beaucoup plus pâle. La substance corticale, augmentée de volume, paraissait plus résistante qu'à l'état normal.

Les lésions microscopiques les plus importantes portaient sur les glomérules et les artérioles. Les anses des vaisseaux glomérulaires présentaient un épaissement notable; il y avait également une abondante prolifération des cellules du revêtement externe des anses. Les cellules épithéliales de la capsule de Bowman étaient disposées dans l'ordre, mais tellement nombreuses et pressées les unes contre les autres que leur forme était difficile à apprécier.

Sur les préparations fixées par l'acide osmique, on constatait qu'un grand nombre de ces éléments renfermaient des granulations graisseuses. Autour des capsules de Bowman, épaissies, des tractus de tissu conjonctif se répandaient dans la substance corticale, en séparant les tubes atrophiés et rejoignaient des faisceaux de fibres en contact avec les artérioles. Un grand nombre d'entre elles présentaient des lésions d'endartérite. Les tubes contournés étaient à peine dilatés, les exsudations peu abondantes, les cellules avaient conservé leurs dimensions normales; presque toutes contenaient dans leur partie basale une notable quantité de graisse.

(1) Brault, Traité de Méd. Charcot-Bouchard.

Ce sont là, on le voit, des lésions de néphrite subaigue, et surtout de *glomérulo-néphrite*.

Dans la seconde observation, les reins sont volumineux d'aspect gris, rouge sombre. Le rein gauche pèse 270 grammes, le rein droit 250. A la coupe, tous deux sont durs et résistent au couteau. La substance corticale est augmentée de volume. Cette augmentation est surtout sensible pour le sein gauche où les colonnes de Bertin sont considérablement élargies.

Au microscope, les glomérules sont volumineux, les lésions plus marquées sur l'appareil glomérulaire dans son ensemble que sur la capsule de Bowman. Dans la substance corticale, autour des artères et de place en place entre les tubes, on voit des traînées de cellules lymphatiques qui rejoignent des amas leucocytiques situés au-dessous de la capsule d'enveloppe. Le tissu conjonctif de la pyramide est également infiltré de cellules et épaissi. Les tubes contournés sont presque tous dilatés et contiennent des exsudats abondants; les cellules de revêtement sont d'apparence à peu près normale dans certaines régions, ailleurs infiltrées de graisse, volumineuses, hydropiques et mortifiées en partie. Les tubes contournés et les tubes collecteurs contiennent de larges cylindres cireux. Il s'agit donc encore d'une néphrite subaiguë, un peu différente de la première, mais très caractéristique.

M. Darier (1) a rapporté un cas analogue : l'examen microscopique décéla, en effet, des lésions parenchymateuses très intenses avec lésions glomérulaires et vasculaires à peine ébauchées.

Il en est de même dans certaines des observations que

(1) Darier. — Soc. de syph. et de dermat. Juillet 1893.

nous rapportons à la fin de notre thèse, notamment les numéros XXVIII et XXIX.

2^o) *Néphrite interstitielle*. — Si les lésions précédentes constituent ce qu'on dénomme sur les tables d'autopsie le *gros rein blanc*, celles que nous allons définir constituent l'un des types du *petit rein contracté*. Cette forme interstitielle de la néphrite syphilitique s'observe plus fréquemment que la forme parenchymateuse. Elle peut se présenter sous des aspects multiples. Généralement partielle, elle laisse subsister intactes un certain nombre de portions du rein; elle peut être unilatérale.

La surface est parsemée de dépressions plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, entourant des interstices de parenchyme sain. La capsule se détache avec peine, entraînant parfois des fragments du viscère.

Si la néphrite épithéliale ne va pas sans un certain degré d'infiltration embryonnaire, il est juste de dire que, dans les néphrites interstitielles, les cellules fonctionnelles du rein sont toujours malades. Les deux altérations s'associent donc toujours au point de vue anatomo-pathologique, ce qui explique que certains auteurs aient décrit des *Néphrites mixtes*, dans lesquelles rentrent les néphropathies syphilitiques.

Ces lésions interstitielles, traduites en clinique par des affections beaucoup moins aiguës encore que celles qui correspondent aux lésions parenchymateuses, font partie des lésions habituelles de la syphilis et partant ce sont elles qui, comme nous venons de le dire, se rencontrent le plus fréquemment.

Presque toutes les observations du mémoire de Wagner ne nous présentent autre chose que ces lésions de sclérose, seules ou associées. Darier et Hudelo (1) ont rapporté un

(1) Darier et Hudelo. — Syph. rénale précoce. — Soc. de dermat 1893.

cas dans lequel on constatait à la fois une sclérose très marquée et à évolution très avancée, de la gloméralo-néphrite et de la dégénérescence épithéliale granulo-graisseuse. Dans notre observation personnelle (Obs. I) suivie d'autopsie, les lésions étaient franchement celles de la néphrite interstitielle subaiguë.

On le voit, ces lésions n'ont absolument rien de spécifique. Mais un récent travail allemand semble ouvrir une voie nouvelle aux recherches et jeter un jour nouveau sur l'histologie pathologique des néphrites qui nous occupent. Doederlein (1) a trouvé dans un cas que nous rapportons dans le numéro XXXIII, disséminées dans le foie et dans les reins, des lésions que leur structure permet jusqu'à un certain point de considérer comme des gommes excessivement jeunes, nous dirions volontiers des *gommes miliaires*, tant leur comparaison avec les tubercules miliaires nous paraît exacte. Histologiquement, ce sont tout simplement de petits amas de cellules rondes, embryonnaires, disséminés dans les travées conjonctives ou disposés le long des vaisseaux.

Si l'on considère que le sujet dont il s'agit, âgé de 19 ans, a vu se développer chez lui des phénomènes de néphrite quelques mois après l'apparition de son chancre; qu'en un mois l'affection évolua pour aboutir à la mort; que ces lésions rappellent à s'y méprendre la structure des gommes; qu'on les retrouve enfin, non seulement dans les reins, mais dans le foie, n'est-on pas autorisé à admettre, avec Doederlein, l'existence possible d'une éruption miliaire de gommes?

De pareils faits méritent confirmation. Mais, *a priori*, il n'est pas impossible que certaines des néphrites syphilitiques secondaires ne soient dues à de pareils processus anatomiques.

(1) Daederlein. — Ein Beitrag.... Munch. Wochen, 1896, p. 970.

TRAITEMENT

Les premiers auteurs qui ont abordé le traitement de la néphrite syphilitique secondaire se sont montrés extrêmement réservés en ce qui concerne l'administration des spécifiques. En effet, on n'a pas à intervenir ici sur un viscère quelconque ; bien au contraire, c'est du rein qu'il s'agit, filtre sécréteur, organe d'excrétion. Déjà atteint par une lésion qui, en attaquant son élément noble, la cellule parenchymateuse, compromet son fonctionnement ou va lui infliger un surcroît de travail, une cause nouvelle d'irritation, en le forçant d'éliminer du mercure ou de l'iode, le plus souvent même, les deux à la fois.

Mais, d'une part, les premiers essais timides de traitement spécifique ne justifèrent pas ces craintes, mais, bien au contraire, eurent un effet des plus heureux sur l'albuminurie. De plus, on a acquis la notion que ces néphrites, étant le plus souvent des néphrites partielles, il restait généralement des portions de parenchyme sain.

Nous savons que c'est principalement par les reins que le mercure est éliminé. Byasson a constaté la présence du mercure dans l'urine, environ deux heures après l'ingestion du bichlorure. Cette élimination se trouve être favorisée par certaines substances et, précisément, par l'autre spéci-

fique de la syphilis, l'iodure de potassium. Ce fait a été démontré autre fois, en 1844, par Nathalis Guillot et Melsens et confirmé par les expériences de Mayençon et Bergeret (1).

Tommasoli (2) et Mauriac (3), d'accord sur ce point comme sur bien d'autres, posent ainsi les indications des différentes formes de traitement spécifique. Dans les néphropathies secondaires tout à fait précoces, mercure en frictions; dans les néphropathies secondaires un peu plus tardives, protoiodure de mercure. Enfin, dans les néphropathies tertiaires, l'iodure de potassium. Les injections de calomel, outre les inconvénients qui leur sont inhérents en propre (douleurs, induration persistante), ne semblent pas avoir donné de bons résultats en ce qui concerne le traitement de l'affection qui nous occupe.

Le régime lacté exclusif doit être appliqué dès que la présence de l'albumine est constatée dans les urines.

Sur ce point tous les auteurs sont d'accord. Mais à une période plus avancée de la maladie, si, malgré le régime lacté longtemps prolongé, malgré le traitement spécifique appliqué avec régularité, l'albumine ne disparaît pas complètement, doit-on persister à soumettre le malade au régime lacté exclusif? MM. Lecorché et Talamon répondent par la négative : « Il ne faut pas, disent-ils, s'entêter comme on le fait volontiers trop souvent, à condamner systématiquement les albuminuriques à l'usage exclusif du lait. Il faut savoir dans certains cas lui substituer une alimentation substantielle et le relèvement de l'état général, sous l'action de ce régime tonique, concourt souvent beaucoup mieux à la guérison des lésions locales que l'observation trop rigoureuse du principe de la suppression des aliments azotés. »

(1) Mauriac. — *Trait. de la syphilis*. Paris, 1896, p. 221.

(2) Tommasoli. — *Sulla Sifilide dei reni*.

(3) Mauriac. — *Loc. cit.*, *Riv. clin.*, 1888, *Puntata II*.

Malgré la haute autorité de MM. Lecorché et Talamon, nous croyons qu'il convient de ne suivre leur conseil qu'avec la plus extrême prudence. Mieux vaut encore peut-être laisser le malade avec quelques centigrammes d'albumine dans ses urines que l'exposer, en le remettant à l'alimentation azotée, aux risques si grands de l'urémie.

Nous ne voulons pas terminer sans dire un mot des heureux résultats que l'on peut obtenir dans les accidents aigus de l'intoxication urémique par la méthode des saignées répétées, suivies d'injections massives de sérum artificiel. Grâce à cette méthode nous avons vu chez le malade de l'observation n° 1 la diurèse augmenter considérablement et les phénomènes d'urémie s'amender transitoirement. Malheureusement les lésions rénales étaient trop généralisées et trop avancées pour que le malade pût échapper à la mort.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. Bisch, interne du service de M. le docteur Renault, à l'hôpital Ricord.

Le nommé N..., âgé de 54 ans, profession : débardeur, entre le 15 mars 1898 à l'hôpital Ricord, salle 11, lit n° 12.

Antécédents : Pas de maladie antérieure.

En janvier dernier, il y a deux mois par conséquent, le malade a eu un chancre induré de prépuce, chancre dont on constate encore la cicatrice et l'induration. *Cette syphilis n'a pas été traitée.*

Exerçant le métier pénible de débardeur, le malade boit 3 à 4 litres de vin par jour ; il est franchement éthylique (tremblement des doigts, trémulation de la langue, cauchemars, etc.)

Depuis 3 semaines seulement, atteint de vertiges, d'essoufflement, de bourdonnements d'oreilles, il a été obligé de cesser son métier.

Etat actuel : 15 mars. — Papules syphilitiques disséminées sur le tronc et sur les membres. Alopecie en clairières. Syphilides érosives des lèvres et de la langue. De plus, le malade présente un crythème scarlatiniforme siégeant sur toute la face antérieure du thorax et s'accompagnant de prurit.

L'examen de la gorge décèle une violente angine : les amygdales sont gonflées, rouges, couvertes de plaques muqueuses. La luette œdématisée, blanchâtre, pend sur la base de la langue comme un gros

grain de raisin. Rien aux poumons, rien au cœur; foie dépassant de deux travers de doigt le rebord des faussés côtes.

Cet œdème de la luette attire l'attention du côté des urines : on y trouve 26 grammes d'albumine par litre.

Le malade est mis immédiatement au régime lacté exclusif.

Le 16 mars. — Même état, 600 gramme d'urine dans les 24 heures.

Le 17 mars. — L'érythème diminue notablement, la céphalée et l'angine persistent.

Le 18 mars. — L'érythème et les démangeaisons qui l'accompagnent ont disparu. Quantité d'urine dans les 24 heures : 500 grammes contenant 24 grammes d'albumine par litre.

Le 19 mars. — Le malade a de la dyspnée; il est très agité, a de la fièvre, une céphalée violente et persistante. Il n'urine que 250 grammes dans les 24 heures.

Devant la gravité de ces phénomènes, on soumet le malade au traitement antisyphilitique : 4 grammes diodure de potassium par jour. De plus, on lui fait dans la fesse une injection de 10 centigrammes de calomel.

Le 21 mars. — La dyspnée augmente et revêt la forme d'accès de suffocation. Les urines n'ont pas dépassé 100 grammes dans les 24 heures. Pendant la nuit, le malade a un accès de dyspnée intense : l'interne de garde lui fait une saignée de 300 grammes, suivie d'une injection sous-cutanée de 600 grammes de sérum d'Hayem.

Le 22 mars. — Les symptômes précédents se sont amendés probablement sous l'influence de la saignée et de l'injection du sérum. Le malade se sent mieux; il urine 800 grammes d'une urine trouble contenant 15 grammes 80 d'albumine par litre.

Le 22 mars. — L'œdème apparaît aux malléoles. La dyspnée reparait, très violente. Douze ventouses scarifiées sur la poitrine. Dans les poumons, quelques râles de congestion. 400 grammes d'urine dans les 24 heures.

Le 23 mars. — Injection de 600 grammes de sérum. Une piqûre de 10 centigrammes de calomel. Les phénomènes d'urémie augmentent; dyspnée, céphalée, délire.

Le 24 mars. — Saignée de 300 grammes, injection de 600 grammes

de sérum, 300 grammes d'urine dans les 24 heures. L'œdème se généralise. Les poumons sont extrêmement congestionnés. Le coma apparaît et le malade meurt dans la nuit.

OBSERVATION II

Recueillie par M. Bisch, interne du service de M. le docteur
Alex. Renault, à l'hôpital Ricord.

Le nommé Gr..., Jacques, âgé de 26 ans, terrassier, entre le 22 mars 1898 dans le service de M. le docteur Alex. Renault, salle 9, lit n° 9.

Il n'a pas eu de maladie antérieure. Cependant, il a contracté en 1895, à Madagascar, les fièvres paludéennes qui d'ailleurs n'ont jamais reparu chez lui depuis son rapatriement.

Il n'a pas d'habitudes alcooliques, il est, au contraire, très sobre.

En janvier dernier, il contracte un chancre induré du prépuce. Il se soumet alors au traitement (10 centigrammes de protoiodure de mercure) qu'on lui ordonne.

Vers le milieu de février il commence à ressentir de l'essoufflement, des vertiges, des maux de tête. Il semble que vraiment on puisse faire remonter à cette date le début de son albumine. Le matin à son réveil, il avait les paupières bouffies; ses forces s'épuisaient rapidement dès qu'il prenait son travail : aussi dû-t-il l'interrompre.

A son entrée, le 22 mars, on constate les symptômes suivants :

Cicatrice indurée du limbe préputial.

Adénite bi-inguinale.

Syphilides papulo-squammeuses généralisées.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate que les plèvres contiennent un peu de liquide louche, environ 150 grammes dans chacune des plèvres. Léger œdème pulmonaire. Congestion des bases.

Cœur un peu pâle, sans lésion des orifices, pas d'aortite.

Foie gros, congestionné, 2,240 grammes.

Rein gauche, assez régulier de forme, pesant 185 grammes. Petits

kystes à la surface. La capsule s'enlève facilement; à la coupe, rien d'anormal.

Rein droit, bosselé, inégal, avec de gros kystes pleins d'un liquide citrin. Poids 165 gr. À la surface, taches blanchâtres d'infarctus. Il est apporté à M. Letulle qui le sectionne : infarctus nombreux, section pâle, pyramides mal séparées les unes des autres.

À l'examen, lésions de *néphrite interstitielle subaiguë*.

Léger œdème de la face.

Subictère des conjonctives.

Rien au cœur ni aux poumons.

Rate un peu grosse.

Foie normal.

Quantité d'urine : 500 grammes dans les 24 heures, avec 16 grammes 50 d'albumine par litre.

Traitement : régime lacté exclusif, 5 centigrammes de protoiodure de mercure, 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 1^{er} avril. — L'œdème a gagné les malléoles, puis a envahi le scrotum et la verge qui sont énormes. Le malade urine 800 grammes par 24 heures, avec 12 grammes d'albumine par litre.

Le 10 avril. — L'albumine est tombée à 6 grammes par litre. Le malade urine 1500 grammes par 24 heures. L'œdème a gagné le thorax. Les paupières sont œdématisées au point que le malade peut à peine ouvrir les yeux.

Le 15 avril. — 2000 grammes d'urine par jour avec 3 grammes d'albumine par litre.

Le 25 avril. — 1800 grammes d'urine par jour avec 1 gramme 1/2 d'albumine par litre. L'œdème de la verge et du scrotum a totalement disparu. L'œdème de la face a beaucoup diminué. 1500 grammes d'urine par jour, avec 1 gramme d'albumine par litre.

L'éruption papulo-squammeuse est en voie de disparition.

Le 2 mai. — Le malade se lève un peu; il est très anémié, très faible; ses œdèmes ont complètement disparu. Il urine 2 litres 500 par jour, avec 2 grammes d'albumine par litre.

Le 3 juin. — Le malade quitte l'hôpital avec encore 0,50 d'albumine par litre.

OBSERVATION III (résumée) (1)

Syphilis brightique précoce. — Mort. — Autopsie.

La nommée Marie D..., âgée de 31 ans, entrée le 21 avril 1888, salle Archambault, lit n° 22, dans le service de M. Chantemesse.

Antécédents personnels. — Cette femme, née à Paris, eut une enfance très délicate. Voici l'énumération des différentes maladies qui l'éprouvèrent.

D'abord, à 4 ans, une conjonctivité purulente, qui ne laisse aucune trace.

Fièvre typhoïde à 8 ans, cette maladie laissa après elle une surdité complète à gauche.

Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement.

A 13 ans, fièvre scarlatine, en 1870.

Peu de temps après, bronchite, puis érysipèle de la face.

Depuis lors, aucune maladie, qui ait causé une interruption du travail.

Maladie actuelle. — Vers la fin de novembre 1887, la malade s'aperçut d'un bouton entre la gencive et la lèvre supérieure du côté gauche. Un pharmacien fit deux cautérisations au nitrate d'argent. Aucune douleur. Ce bouton avait la grandeur d'une pièce de 50 centimes, il était surmonté d'une ulcération. La malade avait eu trois semaines auparavant des rapports avec son ancien amant.

C'était là le chancre infectant, ainsi que le montre l'évolution de la maladie.

Dans le courant de décembre, trois semaines après, éruption sur les bras et les jambes. Rien sur le tronc ni le ventre. Cette éruption consistait en petites taches presque confluentes, non saillantes sans démangeaisons ; un médecin consulté à cette époque prononça le mot d'éruption papuleuse, il ordonna des lavages phéniqués, de l'iodure de potassium et des gargarismes au borax.

L'éruption dura huit jours, puis disparut en laissant des traces qui

(1) In thèse de Prendergast, 1892. — Paris.

existent encore; la peau est, en effet, tigrée au niveau des avant-bras; il y a sur les jambes quelques taches cuivrées.

Le chancre avait disparu au commencement de l'éruption.

Au mois de janvier, la malade se croyant absolument guérie, avait cessé tout traitement. Du reste, elle n'avait pris d'iodure de potassium que pendant 8 ou 10 jours. Elle cesse également de prendre les pilules de protoiodure d'hydrargyre prescrites par le médecin.

L'état paraissait excellent, aucune céphalgie, aucune douleur.

Le 12 février. — Le jour du carnaval, la malade va à Melun. Elle se portait bien, cependant, depuis trois jours, l'estomac était embarrassé: il y avait eu depuis 3 jours quelques vomissements.

A ce moment, les jambes n'étaient pas enflées, il n'y avait ni céphalgie, ni toux. Les vomissements survenaient après les repas.

Il existait quelques coliques, mais pas de diarrhée, pas de troubles de la vue. Purgatif à l'huile de ricin.

Le dimanche suivant, le ventre se mit à enfler et en même temps l'urine cessa d'être émise.

Le mardi, un médecin constata la présence d'albumine dans une légère quantité d'urine rendue, avec efforts. La nuit, il y eut quelques étouffements: aucun trouble de la vue. Aucune douleur lombaire.

Le mercredi, c'est-à-dire, il y a aujourd'hui quatre semaines, l'œdème fit son apparition aux pieds, puis en huit jours, gagna les cuisses et les lèvres de vulve. Depuis ce temps l'état est stationnaire, le traitement est le suivant: Régime lacté, digitale, ergotine, teinture d'iode, etc.

Etat de la malade le 21 mars 1888. — Œdème énorme des membres inférieurs, des grandes lèvres et de la paroi abdominale.

La malade prétend rendre par jour 1 litre $\frac{1}{2}$ ou 2 litres d'urine, bien plus qu'au début de la maladie, il y a un mois, cinq ou six mixtions chaque nuit.

Submatité à la base des deux poumons en arrière.

Obscurité du murmure vésiculaire aux deux bases. Quelques sibilances et râles sous-crépitants disséminés.

Rien au cœur ni aux vaisseaux.

Pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue.

Sensations de froid dans les jambes. Pas de fourmillements.

Depuis quatre ou cinq semaines, il y a eu sur le menton une légère éruption sèche, suivie de desquamation furfuracée.

Traitement: Frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain.

Injectons avec : oxyde jaune, 10 centigrammes. Vaseline p. s. pour 1 centigramme par injection.

1 litre d'urine dans les vingt-quatre heures; cette urine, chauffée se prend en masse. Pas de modifications des œdèmes. Plaques muqueuses de la gorge et de la langue.

24 mars. — La malade prend 3 litres et demi de lait. Elle se trouve bien et ne souffre pas, elle a bien dormi.

Couronne de Vénus sur le front.

Syphilides squammeuses au pourtour de la bouche.

Une injection à l'oxyde jaune de mercure.

25 mars. — L'urine renferme une quantité énorme d'albumine.

26 mars. — Rougeur érysipélateuse de la jambe droite commençant au niveau de la cuisse droite.

Le soir, la dyspnée est plus marquée que les jours précédents.

La malade a pris trois litres de lait; il y a eu un litre d'urine.

L'œdème est toujours aussi marqué aux membres inférieurs.

29 mars. — Deux vomissements avec nausées. Diarrhée. L'urine est impossible à doser.

Suppression des mictions.

L'urine renferme 53 gr. 20 d'albumine par litre.

29 mars au soir. — Les vomissements et les nausées ont cessé.

L'œdème n'a pas changé; il remonte jusqu'à l'épigastre. Rien dans la partie supérieure du tronc, rien dans les membres supérieurs.

Il est impossible de recueillir les urines.

Il est survenu quelques troubles de la vue.

30 mars. — La malade ne peut retenir, ni les matières, ni l'urine.

L'érysipèle gagne la cuisse gauche et le pli du mollet.

L'érysipèle occupe les deux membres inférieurs, les parties génitales, la rainure interfessière, mais ne remonte pas sur l'abdomen.

La diarrhée, un instant atténuée, a recommencée : selles liquides verdâtres, fétides.

Le soir troubles cérébraux et hallucinations.

La peau est rouge, semblable à une peau d'orange, recouverte de phlyctènes pleines d'une sérosité transparente.

Il est impossible de recueillir les urines.

2 avril. — Pas de connaissance.

A 8 heures, les extrémités se refroidissent ; l'œil s'éteint, les pupilles se troublent.

De temps en temps, la malade se remet et pousse quelques gémissements.

Pouls filiforme.

Température axillaire 34°.

Autopsie. — Œdème pulmonaire surtout dans les parties déclives.

Dans la péricarde, 80 grammes environ de liquide citrin.

Liquide abondant dans la cavité péritonéale.

Reins. — Le rein droit pèse 185 grammes.

Le rein gauche 195 grammes.

La délimitation entre la substance corticale et la substance modulaire est très marquée, très nette. La première est pâle, à côté de la substance médullaire qui est congestionnée.

La décortication est très facile.

OBSERVATION IV

(Résumée.)

Syphilis brightique précoce (Lecorché et Talamon).

(Médecine moderne, 1891, page 656 et suivantes.)

Un jeune homme de 28 ans, fort et vigoureux, n'ayant jamais été malade, est atteint d'un chancre induré de la verge, en 1887.

Dès le début du chancre il fut soumis à un traitement antisyphilitique ; pansement du chancre avec onguent napolitain, lotions avec la liqueur de Van Swieten. 2 bains chaque semaine avec 8 grammes de bichlorure d'hydrargyre ; au bout de 15 jours, le chancre était cica-

trisé. Les bains n'en furent pas moins continués sans interruption et du 11 mars à la fin d'août, il en prit 50.

Le 21 mai. — Apparaissent des plaques muqueuses sur la langue, bientôt, une roséole passagère, et enfin des taches à la paume des mains.

On soumit le malade à l'usage d'un sirop au bi-iodure de mercure tout en continuant l'usage des bains.

Du 21 mai au 13 juillet, le malade en prit 2 flacons, soit 800 grammes de sirop.

Du 13 juillet au 6 septembre, il fut mis à l'usage des pilules de bichlorure de mercure.

Le malade en prenait 2, puis 4, puis 6 par jour; il absorba sous cette forme 1 gramme 68 de bichlorure d'hydrargyre du 13 juillet au 6 septembre.

A ce moment les taches des mains et les plaques muqueuses avaient disparu, mais le malade se plaignait de pesanteur de tête, d'alourdissement général, de fourmillements dans les pieds, de somnolence, il avait en outre des troubles gastriques, perte d'appétit, digestions laborieuses, du dérangement intestinal. On cessa le traitement hydrargyrique. Le malade partit pour la campagne, et y passa la fin de septembre et les premiers jours d'octobre, sans qu'il se produisit aucun accident nouveau.

C'est à son retour à Paris, vers le commencement d'octobre, que le malade constate de l'œdème des pieds, bientôt suivie d'œdème de la face.

L'urine était peu abondante, 800 cc. par 24 heures,

Elle était très colorée et comme fiévreuse, dit le malade.

L'examen de l'urine fait le 26 octobre permet de constater qu'elle contient 9 grammes d'albumine par litre. 700 à 800 cc d'urine. Le malade est mis au régime lacté et soumis à nouveau aux pilules de bichlorure à la dose de 4 par jour.

Chaque litre de lait qu'il absorbe contient en outre 1 gramme d'iodure de potassium. Il en prend 3 à 4 litres en 24 heures : mais survient de l'intolérance et l'œdème augmente. L'albumine ne baisse pas et la quantité d'urine reste la même.

On cesse le bichlorure le 5 novembre.

Du 6 novembre au 30. — L'alimentation reste exclusivement lactée avec lait ioduré, 1 gramme par litre. On fait sur le niveau de la région lombaire des frictions avec l'essence de térébenthine.

Pas de changement dans l'état général du malade, l'œdème persiste, mais le chiffre de l'urine rendue est montée à 1,200 cc. par 24 heures, avec 4 grammes 50 d'albumine.

C'est alors que nous sommes appelé, par notre confrère, le docteur Horteloup, près du malade que nous trouvons dans l'état suivant :

Les jambes sont œdématiées, l'œdème monte même aux cuisses, pas trace d'œdème bien appréciable à la face. Le malade se plaint d'étouffements apparaissant surtout la nuit, et l'on trouve des râles sous-crépitaux à la base des deux poumons; il accuse de temps à autre de la céphalagie; le sommeil est assez mauvais.

Il se plaint de douleurs lombaires à la pression, surtout à gauche; le rein de ce côté paraît plus volumineux à la percussion.

L'urine n'est pas très abondante, et cependant le malade a de pressants et fréquents besoins d'uriner; il se lève trois à quatre fois la nuit pour uriner: 1,000 à 1,200 cc. en 24 heures.

Les plaques ont reparu à la paume des mains, je proposai à mon collègue de soumettre le malade à une médication antiphlogistique et à la digitale, pensant avoir affaire à une inflammation non spécifique des reins.

On continue donc le régime lacté avec lait iodé (le malade a déjà pris environ 50 grammes d'iodure de potassium dans son lait.) On prescrit des pilules de poudre de digitale de 0,05 à la dose de 4 par jour; on le met au vin de quinquina à la liqueur Laprade.

Sous l'influence de ce régime, le chiffre d'urine rendue en 24 heures monte à 1,600, 1,800 cc., mais la quantité d'albumine ne baisse pas. Il y a eu 5 grammes par litre.

Du 9 au 13 décembre, on applique des ventouses scarifiées tous les jours; au niveau de la région lombaire; lait simple; eau de Vichy, 30 gouttes de teinture de digitale par jour.

Le chiffre d'albumine ne baisse que légèrement; la quantité d'urine reste toujours à 1,600, 1,800 grammes.

Dans l'urine, on trouve des débris de cylindres épithéliaux, des cylindres granuleux.

Du 14 au 18, on se contente de donner au malade du lait et de l'eau. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'aggrave, la faiblesse est plus grande, l'appétit est nul, l'œdème persiste et le 18 décembre on constate que la quantité d'albumine est de 19 grammes par litre avec 1,500 centimètres cubes d'urine. Les plaques persistent aux mains, on revient au traitement antisypilitique après cette tentative infructueuse de traitement antiphlogistique. On cesse le régime lacté.

19 décembre. — Chaque jour 2 pilules de bichlorure, 4 pilules de digitale, frictions avec onguent hydrargyrique.

Alimentation habituelle remplaçant le régime lacté. Le 22 décembre, embarras gastrique et intestinal, réapparition des plaques muqueuses à la bouche, persistance des syphilides palmaires, l'œdème des jambes existe toujours.

On supprime les pilules de bichlorure, de digitale, et l'on continue les frictions mercurielles journalières avec des purgatifs légers deux fois la semaine.

Ces frictions sont continuées jusqu'au 7 avril sans interruption. Sous l'influence de ces frictions, qu'on fut de temps à autre obligé d'interrompre lorsque survenaient des troubles gastriques, on vit peu à peu disparaître l'œdème, et baisser l'albumine.

Le chiffre de l'urine rendue resta assez élevé, 1,500 à 1,600, l'œdème commença à diminuer en février et disparut en avril.

Le 11 mai, quinze jours après la cessation des frictions, l'albumine n'avait pas augmenté, mais les syphilides des mains persistaient.

Un premier essai de la cessation des frictions mercurielles, le 7 avril, avait été suivi d'une augmentation d'albumine qui était remontée de 6 à 9 grammes par litre; la reprise des frictions, le 11 l'avait de suite fait tomber à 2 grammes 50 par litre.

Le 26 mai — Époque de la cessation définitive des frictions, l'état général était bon, l'appétit excellent, l'œdème avait disparu, les douleurs rénales qui s'étaient montrées au début, qui avaient reparu plusieurs fois dans le cours de la maladie, n'existaient plus. Le rein avait

repris son volume normal, et l'augmentation du cœur qu'on avait constatée en décembre et qui tenait sans nul doute à une délatation passive, n'existait plus.

Pendant ces quatre mois (fin décembre, janvier, février, mars, commencement d'avril.) le traitement ne consista que dans les frictions mercurielles avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour; en purgatifs légers de temps en temps quand il y avait embarras.

C'est vainement qu'on essaya à nouveau une ou deux fois l'usage de l'iodure de potassium, du 5 au 10 janvier, le malade le tolérait difficilement.

Ce fut vainement qu'on voulut recourir au massage pour combattre l'œdème qui persistait aux jambes. En janvier, les 24, et 26, deux jours de massage firent monter l'albumine de 7 à 8 grammes, de 5 grammes 75 à 9 grammes. Sans digitale, le chiffre de l'urine se maintint d'une façon à peu près régulière à 1,600 à 1,800 centimètres cubes.

L'alimentation ne présentant rien de particulier, le malade prenant deux repas par jour avec eau rougie (le lait avait été supprimé à la fin de décembre et ne fut plus repris) et vin de quinquina.

Le malade ne commença qu'accidentellement, de temps à autre, concurremment avec l'alimentation habituelle, à sortir, et les premières sorties amenèrent passagèrement une légère augmentation d'albumine. Mais, au bout de quelque temps, toute trace d'albumine disparut, l'état général s'améliora. Il resta bien encore des manifestations cutanées de nature syphilitique, mais elles cédèrent au traitement spécifique, et, depuis trois ans l'albumine n'a pas reparu dans les urines.

En résumé, un homme de 28 ans, ayant eu un chancre induré suivi de roséole, de plaques muqueuses dans la gorge et de syphilidis palmaires, est pris, au huitième mois de la syphilis, de phénomènes brigh-tiques, caractérisés par de l'anasarque, de l'oppression, avec palpitations, de la céphalée et de l'insomnie, des douleurs lombaires et une albuminurie abondante atteignant jusqu'à 19 grammes par litre. Ces phénomènes coïncident avec la réapparition des syphilides palmaires et des plaques muqueuses de la bouche.

Une tentative de traitement antiphlogistique, ventouses scarifiées, régime lacté, alcalins n'amène qu'une aggravation des accidents et une

augmentation considérable de l'albuminurie. On soumet alors le malade au traitement mercuriel pur, frictions quotidiennes. avec 4 grammes d'onguent napolitain. Ce traitement est continué pendant quatre mois. A partir de ce moment, l'œdème disparaît peu à peu, et le taux de l'albumine baisse progressivement. Au commencement du quatrième mois on essaie d'interrompre les frictions; la quantité d'albumine remonte immédiatement de 1 gramme 70 à 6 et 9 grammes par litre. La reprise du traitement mercuriel la fait retomber en 5 jours à 50 centigrammes pour 1,000, puis, à 25, 20, 15 centigrammes par litre. L'albumine disparaît complètement à la fin du cinquième mois, et, depuis trois ans, le malade n'a pas présenté le moindre accident qui puisse faire douter de la guérison complète de ses lésions rénales.

OBSERVATION V

Néphrite syphilitique. — Guérison par l'iodure de potassium
(Lancereaux).

Un homme âgé de 42 ans. Contracta en 1867 un chancre de la verge qui fut suivi de plaques muqueuses de la bouche et d'une éruption douteuse. Admis le 29 novembre 1871, dans un des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, cet homme y était un peu oublié.

Dans le courant de l'hiver, il était d'une grande pâleur, et vers le mois de mars, en même temps qu'il a été atteint d'anasarque, il fut pris d'épistaxis, de vertiges et d'étourdissements, autant de phénomènes indicateurs d'une intoxication urémique. Je lui donnai un lit dans ma salle, et peu de temps après il me fit remarquer qu'il était porteur d'une tumeur solide, ferme, arrondie, du volume d'une pomme d'api, siégeant dans la mamelle gauche, à la partie externe et supérieure du mamelon.

Peu de temps après, une tumeur semblable apparaissait au-dessus du sein droit. L'iodure de potassium fut administré en avril, et bientôt la première tumeur, puis la seconde, commencèrent à diminuer de volume. En même temps la santé générale du malade s'améliora nota-

blement ; les forces et les couleurs revinrent en partie ; l'anasarque disparut.

L'albuminurie, quoique moins abondante, persistait encore le 10 juin, quand le malade nous quitta.

OBSERVATION VI

Albuminurie et anasarque, survenues quatre mois après l'apparition d'un chancre infectant. — Syphilis de moyenne intensité. — Bronchite et épanchement pleural gauche. — Ascite. — Amélioration, rechute. — Oedème de la glotte. — Mort 3 mois après le début de la néphropathie syphilitique (1).

M... Jean, charretier, entré le 15 janvier 1869, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 13, était un homme très vigoureusement constitué, d'une bonne santé habituelle, et qui n'avait jamais eu aucune affection sérieuse, générale ou locale, héréditaire ou acquise. Vers le commencement de septembre 1869, à la suite de plusieurs coïts suspects, il lui est survenu un chancre dans la rainure bulano-prépatiale. Avant qu'il fut guéri, la peau se couvrit de taches rouges ; il se produisit des croûtes dans les cheveux et la gorge devint douloureuse.

Lorsque ce malade entra dans mes salles il avait des plaques muqueuses et quelques érosions linéaires dispersées en cercles sur les bourses ; la peau était couverte d'une roséole érythémateuse au déclin. C'était alors le quatrième mois révolu de la syphilis. Comme elle ressemblait beaucoup par ses manifestations banales aux syphilides les plus vulgaires, je n'y prêtai pas d'abord grande attention, et je prescrivis 6 à 9 centigr. de protoiodure d'hydrargyré. Mais cinq ou six jours après son entrée le patient constata que sa verge et ses bourses étaient devenues du jour au lendemain le siège d'une énorme tuméfaction. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après, les paupières se gonflèrent, et en très peu de jours, sans fièvre, sans troubles constitutionnels, l'œdème d'abord localisé sur quelques points envahit tout le

(1) Mauriac. Syphilis tertiaire, p. 226.

tissu cellulaire sous-cutané. En présence de cet anasarque, survenue d'une façon si inespérée, je m'évertuai à en chercher les causes. Je passai successivement en revue toutes les circonstances étiologiques qui sont de nature à produire l'albuminurie et je ne parvins à en découvrir aucune. Le malade s'était toujours parfaitement porté. jusqu'à l'apparition du chancre, il vivait dans de bonnes conditions hygiéniques. travaillait sans se surmener, ne faisait point d'excès alcooliques, et menait à tous égards, une vie à peu près régulière. Il ne se rappelait pas avoir eu à souffrir dans les jours qui procédèrent son entrée à l'hôpital, du froid ni de l'humidité.

Ainsi, absence apparente du moins et probablement très réelle des conditions pathogéniques ordinaires de l'albuminurie, voilà quel fut le résultat de mes investigations. C'était là une raison, et la principale qui me fit supposer que l'affection rénale pourrait bien provenir d'une détermination directe de la syphilis sur les reins.

La diathèse n'était-elle pas en pleine activité? Et pourquoi aurait-elle épargné ces organes? Ne frappe-t-elle pas à cette période, d'autres viscères, le cerveau, le foie par exemple?

J'étais alors, comme je le suis aujourd'hui, pénétré de cette idée que toutes les parties de l'organisme, les plus profondes, comme les plus superficielles, sont tributaires de la syphilis, dès que l'intoxication générale s'est accomplie.

Mais poursuivons le récit de cette syphilis rénale.

Dans les premiers jours de février (cinquième mois de la syphilis); je constatai l'état suivant. Phimosi et balano posthite symptomatiques de plaques muqueuses sus-préputiales, roséole érythémateuse généralisée, un peu d'ascite et anasarque considérable: Les urines qui étaient coagulables, dès les premiers jours de l'infiltration œdémateuse, contenaient déjà une énorme quantité d'albumine.

Dans le milieu de février, la respiration devint peu à peu gênée, et l'anasarque fit des progrès.

Le 24. — Je trouvais des râles sibilants et ronflants, dans les deux côtés de la poitrine, et un épanchement qui occupait les quatre cinquièmes inférieurs de la plèvre gauche. Grande anxiété respiratoire, altération des traits, pouls 100, régulier; rien au cœur, ni dans le péri-

carde. Le foie ne dépassait pas le rebord des fausses côtes.

Epanchement ascitique considérable, douleur dans le côté gauche de l'abdomen, diarrhée très abondante, quelques vomissements.

Urines rares, rouges, un peu sanguinolantes et sédimenteuses, contenant une si forte proportion d'albumine qu'elles se solidifièrent presque complètement, quand on y versait de l'acide nitrique. La roséole avait pâli : les taches des extrémités inférieures étaient devenues très squammeuses.

J'administrai de l'iodure de potassium, mais d'une façon un peu timide, car je ne commençai que par la dose d'un gramme.

Le 6 mars (sixième semaine de l'albuminurie), il y avait un peu de mieux ; l'œdème de l'abdomen, des bourses et des extrémités inférieures avait diminué, celui des extrémités supérieures et de la figure avait disparu, ce qui mettait en évidence l'amaigrissement considérable survenu chez le malade depuis le début de son affection rénale. L'épanchement pleurétique n'occupait que les deux tiers du côté gauche. Cette amélioration progressive se prolongea pendant toute la durée du mois de mars. La syphilide érythémateuse disparut. Quelques papules crustacées se développèrent sur les extrémités inférieures dont la peau présentait des vergétures causées par la distension œdémateuse. Il s'était produit une sorte de diurèse qui avait coïncidé avec l'amendement des phénomènes ; aussi, quoique l'ingestion des boissons fut faible, les urines étaient abondantes. Les troubles digestifs avaient aussi à peu près disparu. Cependant il était survenu une crise diarrhéique et il avait eu douze garde-robes pendant trois nuits consécutives.

Le 22 mars (2^e mois de la syphilis rénale), la santé générale était bonne. Disparition complète de l'anasarque dans la moitié supérieure du corps ; encore un peu d'œdème aux extrémités inférieures. Diminution de l'ascite et de l'épanchement pleurétique. La proportion de l'albumine dans les urines était beaucoup moindre, en février, elles en contenaient 23 pour 1,000 ; et il n'y en avait plus maintenant que 4.

Malheureusement ce mieux ne fut pas de longue durée. Dans les deux ou trois derniers jours de mars, la proportion d'albumine monta

rapidement à 9 pour 1,000; le ventre augmenta de volume, et l'œdème devint plus considérable aux extrémités inférieures. Un peu de diarrhée. Sonorité revenue dans tout le côté gauche de la poitrine, syphilde papulo squammeuse formant deux groupes circinés à la partie supérieure des cuisses et inférieure de l'abdomen.

Cet état de choses alla en empirant dans les premiers jours d'avril. Pâleur, amaigrissement, œdème énorme des parois splanchniques et des extrémités inférieures, enrouement très prononcé et gêne de la respiration. Le malade tomba dans le découragement, et voulut partir le 12 avril pour rentrer chez lui. C'est là qu'il succomba trois ou quatre jours après par un œdème de la glotte.

OBSERVATION VII

Albuminurie et anasarque au huitième mois d'une syphilis bénigne dans ses premières manifestations. — Alternatives d'amélioration et de rechute. — Conservation de la santé générale. — Disparition de l'anasarque et persistance de l'albuminurie. — Longue durée et innocuité apparente de cette néphropathie spécifique (1).

M. Ch., terrassier, 34 ans, d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, contracta un chancre infectant en avril 1873. Ce chancre ne se manifesta que trois semaines après un coït suspect, précédé d'une continence de trois mois. Six semaines environ après l'apparition de l'accident primitif : croûtes dans les cheveux, boutons sur les bras, plaques muqueuses à la gorge, etc.

Il fut traité à plusieurs reprises dans une pharmacie par des pilules et des gargarismes, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir plusieurs poussées successives sous la même forme. La santé du reste n'en fut pas altérée. Vers le 20 décembre 1872 (huitième mois et demi du chancre), cet homme s'aperçut pour la première fois qu'il avait les pieds gonflés. Il n'y prêta aucune attention, d'autant plus que ce gonflement qui n'en-

(1) Mauriac, p. 290.

OBSERVATION VIII

Balano-posthite infectante de huit iours d'incubation, suivie au bout d'un mois d'accidents secondaires cutanés. — Vers le cinquantième jour du chancre apparition des symptômes d'une albuminurie (1).

B... André, 60 ans, homme de peine, entre le 9 avril 1870, au n° 19 de la salle 8, dans mon service à l'hôpital du Midi.

Constitution assez forte, bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'autres maladies que des fièvres intermittentes, en Vendée, l'année 1832, qui ont duré onze mois.

Pas d'habitudes alcooliques. N'éprouvait avant la maladie actuelle d'autres dérangements que quelques vomituritions glaireuses. Pas d'amaigrissement. Jamais les jambes n'avaient été enflées.

Vers les premiers jours de mars 1870 apparition d'un chancre syphilitique, occupant presque toute la surface de gland et une partie de la muqueuse préputiale, survenue après huit jours d'incubation seulement (il n'avait pas vu de femmes depuis 19 mois). Adenopathie inguinale double très volumineuse. Depuis le chancre, un peu d'amaigrissement, de faiblesse, de pâleur.

Vers le trente-cinquième ou le quarantième jour du chancre, éruption d'une syphilis érythémateuse, confluyente, très pâle, sans phénomènes congestifs et inflammatoires cutanés. Étouffements nocturnes avec sensation de constriction sternale (jamais il n'avait éprouvé de pareils accidents auparavant).

Le 25 avril (55^e jour du chancre), œdème des extrémités inférieures et des parois abdominales. Forte proportion d'albumine dans les urines.

Le 16 mai (76^e à 80^e jour du chancre), je constatai l'état suivant : teint cachectique. Pâleur, étirement des traits, comme dans les affections abdominales. Rien au cœur ni aux poumons. Légère augmentation de volume du foie, surtout dans son lobe gauche (n'a jamais eu la jaunisse). Rate normale, ascite dans le tiers inférieur de l'abdomen. Pas

(1) Mauriac, 1890.

de douleurs rénales. Quelques vomiturations. Rien d'organique à l'estomac. Selles normales.

Traces de roséole sur la peau du tronc. Adénopathie spécifique. induration énorme de tout le gland. La balano-posthite infectante n'est pas encore guérie.

La quantité d'albumine expulsée par les urines était de 5 grammes environ par vingt-quatre heures.

Même état quelques semaines après.

OBSERVATION IX

Albuminurie et anasarque survenues sans autre cause que la syphilis, vers la cinquième semaine de cette maladie. — Double épanchement pleural. — Guérison de cette néphropathie précoce au bout de cinq semaines (1).

M. Ch..., 42 ans, palefrenier, entré le 22 septembre 1884 à l'hôpital du Midi, salle 9, avait eu, dans les derniers jours de juillet de la même année, un chancre préputial infectant. Quatre ou cinq semaines après, roséole maculeuse confluyente à teinte purpurine.

Cet homme s'était toujours bien porté jusque-là, et on ne découvrait dans ses antécédents aucune circonstance étiologique de nature à altérer les reins et à troubler leur fonctionnement. Santé parfaite avant le chancre; pas d'excès alcooliques, pas de refroidissement, hygiène convenable, aucune trace de néphropathie dans ses antécédents.

Néanmoins, au commencement de septembre, cinquième semaine de la syphilis), les bourses, les pieds et les jambes s'infiltrèrent de sérosité et un épanchement pleural double, plus prononcé à droite qu'à gauche, ne tarda pas à se produire. Urines très albumineuses, l'anasarque atteignit son maximum vers 24 septembre. Le 30 octobre, le malade sortit guéri. Pendant son séjour à l'hôpital, il avait été soumis au régime lacté, et sa syphilis avait été traitée par des pilules de sublimé et des frictions mercurielles.

(1) Horteloup, p. 886.

OBSERVATION X

Syphilis à début grave : périostose frontale au trentième jour du chancre avant la roséole ; plus tard, crises de douleurs musculaires, thorax épigastrique. — Albuminurie et anasarque au cinquième mois de la syphilis. — Sévérité et complexité des accidents de la maladie de Bright pendant neuf mois. — Imminence de mort. — Guérison. — Persistance de l'albumine dans les urines au bout de quatre ans et demi (1).

M..., A., 21 ans, menuisier, entre le 19 décembre 1876, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, lit n° 2, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune maladie constitutionnelle ni acquise. Il voyait la même femme depuis six mois. Quatre ou cinq semaines après l'avoir quittée, et sans avoir eu de commerce avec aucune autre, il lui survint, sur la face antérieure du gland, de chaque côté, des boutons qui ne tardèrent pas à s'éroder et à se couvrir de croûtes.

Aucun traitement local ni général à son entrée, je constatai aux lieux sus-indiqués deux énormes chancres infectants, ulcéreux à fond pultacé, mesurant deux centimètres de diamètre chacun, et encore en pleine activité. Adénopathie très volumineuse et spécifique. Roséole érythémateuse au début (quarante-neuvième jour du chancre).

Dans les premiers jours de décembre (38^e jour), avant d'avoir remarqué sur la peau aucune éruption, la malade avait éprouvé une violente douleur de tête, très circonscrite et limitée à un point unique au sommet du crâne. Sur ce point, il avait constaté, dès cette époque, l'existence d'une bosse douloureuse à la pression. La céphalée était plus intense la nuit que le jour. Elle se généralisa dans tout le crâne vers le 15 décembre, tout en restant plus vive au niveau de la tumeur.

Le 23 décembre (50^e jour de la syphilis), je constate l'état suivant : Santé générale très bonne. Pas de fièvre (il n'y en avait pas eu antérieurement). Chancres infectants phagédéniques. Roséole pâle, érythémateuse et confluyente. Sur le sommet du crâne, à 3 centimètres de la ligne médiane, tumeur du diamètre d'une pièce d'un franc, saillante de 1 centimètre 1/2, non adhérente au cuir chevelu, une peu épaisse à son

(1) Horteloup, 1886.

niveau, mais sans changement de couleur, immobile sur le crâne, très douloureuse à la pression et spontanément, surtout la nuit, dure à son centre, un peu pâteuse sur ses bords. Adénopathie cervicale très prononcée.

Quelques jours après son entrée, ce malade fut pris pendant la nuit de violentes douleurs très singulières. Elles occupaient le segment supérieur du muscle grand droit de l'abdomen à gauche, au niveau de l'insertion des fibres musculaires. Elles étaient survenues tout à coup à six heures du soir. Grande anxiété, dyspnée violente, qui força le malade de sauter à bas de son lit et de marcher. Même douleur symétrique, mais moins forte à droite. Insomnie. La crise ne se calma que vers deux heures du matin. Elle se reproduisit les nuits suivantes. Je la combattis avec des toniques calmants et surtout avec l'iodure de potassium. Il n'existait aucun changement appréciable sur les points où les douleurs thoraco-épigastriques avaient leur foyer principal, c'est-à-dire à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes.

Ces crises durèrent une vingtaine de jours environ.

Le 15 janvier 1877 (75^e jour de la syphilis), un mieux notable se produisit, les chancres phagédéniques commencèrent à se cicatriser à vue d'œil; la tumeur du crâne diminua, et fut moins douloureuse. Les douleurs thoraco-épigastriques avaient cessé depuis quinze jours. Augoisse très intense, fissures sur le bord du voile, plaques ulcérées sur les amygdales, etc.

Il guérit peu à peu de cette première poussée si violente, qui était en rapport avec le phagédénisme des chancres infectants.

Je le soumis à un traitement mixte énergétique. Mais je ne parvins pas à prévenir une deuxième poussée d'accidents beaucoup plus graves que les premiers.

En effet, dans les premiers jours d'avril, la peau se couvrit d'une syphilide papuleuse confluente, et le 28 du même mois (5^e mois révolu de la syphilis), il survint un anasarque.

L'œdème débuta par la face, le thorax, et n'envahit que consécutivement les extrémités inférieures. Pas de frissons ni de fièvre, aucun trouble de la santé générale. Le malade travaillait dans un atelier fortement chauffé. La veille du début de l'anasarque, il avait subi une

averse et pris froid. Il entra, le 2 mai, dans le service de mon collègue et ami, M. Harteloup, qui nota toutes les circonstances de la longue néphropathie dont je vais donner le résumé.

Le 3 mai (7^e jour de l'anasarque): œdème généralisé très considérable. Urines diminuées de quantité, très rouges, contenant beaucoup d'albumine, des cellules rénales altérées, des globules rouges et des tubes granulo-graisseux. Épanchement pleural énorme à droite, faible à gauche. Un peu d'ascite. Anxiété respiratoire. On soumit le malade à un traitement ioduré. Aucun changement ne se produisit jusqu'au 9 mai (11^e jour de l'anasarque). Après le malade tomba dans un assoupissement continu mais peu profond. Nuits un peu agité. Jusqu'au 8 juin, il ne survint aucun phénomène nouveau et l'anasarque, les épanchements pleuraux restèrent à peu près stationnaires. L'assoupissement avait diminué peu à peu. A partir de cette époque, l'acuité visuelle s'affaiblit considérablement et ne revint qu'au bout de quinze jours. Malgré le traitement spécifique, l'état du malade ne s'améliorait pas.

Le 15 juillet (80^e jour de l'anasarque), il était encore obligé de garder le lit. Infiltration très grande de l'abdomen et des parties génitales, œdème dur des membres inférieurs avec larges plaques érythémateuses, saillantes, mamelonnées, dans la région fessière et à la partie supérieure des cuisses. Ascite très abondante. Double épanchement pleural. Oppression très prononcée. Râles muqueux des deux côtés. Rien au cœur. Urines toujours très albumineuses.

Du 15 juillet au 15 août, la situation devient de plus en plus grave, les urines se chargèrent de plus en plus d'albumine, et leur quantité tomba progressivement à 800, 700, 500 et 300 grammes par jour. Les accidents du côté du thorax s'accrochèrent; augmentation de l'anasarque et de l'épanchement thoracique dans les deux plèvres, orthopnée, insomnie complète. Plusieurs fois, crises terribles de suffocation, imminence de mort. Délabrement de la santé générale; très grand amaigrissement.

Dans la seconde moitié d'août, il y eut un peu d'amélioration, puis une rechute en septembre. A partir de cette époque, ce fut du côté de l'abdomen que l'aggravation se produisit. L'ascite augmenta dans une proportion telle qu'on fut obligé de pratiquer la paracenthèse.

Le 12 octobre (5^e mois 1/2 de l'albuminurie, 10^e mois 1/2 de la syphilis), on retira quatorze litres de liquide. Les jours suivants, amélioration générale; les épanchements pleuraux diminuèrent, les urines devinrent moins rares.

Le 8 novembre, on fit une nouvelle paracenthèse, et on retira six litres de liquide. Le mieux continua, mais fut lent et entrecoupé par de petites rechutes, sans importance. En décembre, il n'y avait presque plus d'épanchements dans les plèvres, et la respiration était facile: l'anasarque avait beaucoup diminué: les urines étaient plus abondantes et moins albumineuses.

Le 8 janvier 1878 (9^e mois 1/2 de la néphropathie, 14^e mois 1/4 de la syphilis) bien que l'anasarque fut un peu revenue, tout danger avait disparu et la guérison paraissait prochaine et assurée. Il y avait cependant toujours une forte proportion d'albumine dans les urines.

Ce malade resta encore à l'hôpital du Midi, jusqu'au mois d'avril 1878. Après un séjour d'une année, il en sortit guéri de son anasarque et de ses épanchements pleuraux et abdominaux qui avaient, à un moment, compromis son existence. Il ne lui restait aucune manifestation syphilitique.

Mais il avait de l'albumine dans les urines.

Il était à la deuxième année et demi de sa syphilis et environ au deuxième mois de l'anasarque et de l'albuminurie.

Je revis M. A..., le 5 juillet 1880, quatre ans et trois mois après le début de la néphropathie, il avait une mine excellente; sa santé était bonne; il était méconnaissable. Cependant, il trouvait que ses forces avaient un peu diminué et qu'il se fatiguait plus vite qu'autrefois. Aucune manifestation cutanée, muqueuse ou autre, de nature syphilitique, n'était survenue depuis trois ans.

L'œdème ne s'était pas reproduit depuis sa sortie de l'hôpital. Aucune lésion cardiaque. Toutes les fonctions s'exécutaient bien. Pas de troubles de la vue depuis sa maladie. Rien du côté de l'abdomen. Urines d'apparence normale; elles contenaient cependant encore un peu d'albumine.

OBSERVATION XI.

Syphilis chez un sujet chétif et incomplètement développé. — Deux mois après son début, anasarque et albuminurie. — Gravité et processus rapide des accidents de cette névropathie syphilitique. — Troubles cérébraux et gastro intestinaux. — Mort à la cinquième semaine de la syphilis rénale. — A l'autopsie, lésions du gros rein blanc. (1).

M. L. Georges âgé de 17 ans, garçon boucher, entré le 24 septembre 1884 ; salle 12, lit 6, hôpital du Midi, avait toutes les apparences d'un adolescent, dont la croissance avait été retardée par quelque cause pathologique constitutionnelle. Cependant on ne découvrait chez lui aucun antécédent scrofuleux ; à l'âge de huit ans, il avait été atteint d'une fièvre typhoïde grave de trois mois de durée. Incomplètement développé pour son âge, il n'avait pas encore de poils au pubis ni sous les aisselles.

Très précoce au point de vue génital, il avait contracté une uréthrite trois ans auparavant, à l'âge de quatorze ans. Et maintenant il était atteint d'une syphilis dont le début remontait à deux mois et demi. Dans les premiers jours de juillet, il avait eu en effet un chancre préputial compliqué de phimosis.

Au moment de son entrée, syphilide papulo squameuse généralisée récente. Plaques muqueuses anales. Alopécie.

Les antécédents de ce garçon si chétif n'étaient pas mauvais. Il était placé dans de bonnes conditions hygiéniques ; n'avait point d'habitudes alcooliques et n'était pas exposé à des causes continuelles de refroidissement. Le 23 septembre, il avait cependant passé trois heures de nuit, couché sur le trottoir, à la suite d'excès. Mais ce ne fut point la cause de la néphropathie dont nous allons parler, car les premiers symptômes de celle-ci s'étaient déclarés dès le 12 du même mois (deuxième mois révolu de la syphilis).

A cette époque, en effet, le malade avait remarqué que sa face

(1) Horteloup, 1886.

était tuméfiée, surtout le matin, et que le soir les extrémités inférieures étaient et devenaient de plus en plus enflées. Au moment de son entrée, l'anasarque était très développée et presque tout le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une abondante quantité de sérosité. Urines rouges, sanguinolentes, rares et chargées d'albumine.

Des symptômes plus graves ne tardèrent pas à se montrer : troubles gastriques, vomissements.

Assoupissement presque continuél sans céphalagie.

Pas d'ambliopie. Anxiété respiratoire, palpitations sans lésions cardiaques, ni épanchement dans les plèvres.

La situation ne tarda pas à devenir très inquiétante. L'estomac était incapable de tolérer la médication spécifique, et tous les traitements successifs qu'on tenta pour enrayer les progrès rapides de la néphropathie n'eurent aucun résultat. Les urines contenaient toujours une grande quantité d'albumine et restaient sanguinolentes.

L'anasarque avait beaucoup augmenté, le 9 octobre (quatrième semaine de la néphropathie); l'assoupissement devenait de plus en plus profond et continuél. Ascite.

Dans les trois derniers jours d'octobre, et les quatre premiers de novembre, l'œdème augmenta, les selles devinrent plus fréquentes, les phénomènes cérébraux s'accrochèrent de plus en plus, et le malade succomba le 4 novembre à 10 heures du matin (42^e jour de la néphropathie, 120^e de la syphilis).

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort : le foie était un peu augmenté de volume. Tous les autres organes étaient sains, sauf les reins qui offraient le type du *gros rein blanc*. La surface extérieure du rein gauche était plus blanche que celle du rein droit. Cette dernière présentait par places un semis rouge.

Décortication facile, la capsule des reins n'étant pas adhérente au parenchyme sous-jacent, on ne fit pas l'examen histologique de ces lésions.

OBSERVATION XII

Recueillie au service de clinique chirurgicale de la Charité, par
M. Marchant, chef de clinique. (1)

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui entre pour un œdème des membres inférieurs. Elle a contracté la syphilis il y a huit mois.

A son entrée on constate 12 grammes d'albumine dans ses urines de 24 heures.

Elle est mise au traitement anti-syphilitique et lorsqu'elle quitte l'hôpital, l'œdème des jambes a beaucoup diminué et la quantité d'albumine est tombée à 1 gr. 50.

OBSERVATION XIII

Albuminurie et anasarque survenues sans autre cause que la syphilis, au deuxième mois et demie de cette maladie. — Disparition rapide de l'œdème en deux ou trois semaines. — Persistance de l'albuminurie, malgré la guérison apparente de cette néphropathie précoce. (2)

M. X..., âgé de 31 ans, vint me consulter le 30 novembre 1875, il exhalait une très mauvaise odeur de plaques muqueuses, et la figure était couverte de taches de roséole. Il me raconta qu'il n'était dans cet état que depuis quatre ou cinq jours, qu'auparavant il n'avait jamais eu qu'une hémorrhagie. Je constatai sur la verge une balanoposthite avec ulcérations larges et profondes du gland, en voie de cicatrisation, adénopathie spécifique des ganglions du cou. Roséole érythémateuse, rouge, confluyente.

Huit jours auparavant cet homme avait été pris de fièvre, de maux de tête et de courbatures, suivis deux ou trois jours après d'une

(1) Rapport du docteur Horteloup à la Soc. de médecine de Paris. — Union méd., novembre 1886.

(2) Mauriac 1890.

anasarque qui avait débuté par la face et bientôt envahi tout le corps. Depuis un mois environ les urines étaient épaisses, rouges, sanguinolentes et sédimenteuses. Pas de maux de rein.

Le patient ignorait qu'il eut des chancres infectants, et ne pouvait pas par conséquent dire à quelle date précise remontait sa syphilis ; mais il était visible qu'elle était récente, et ne comptait pas plus de deux et demi à trois mois d'existence. Je cherchai vainement des causes autres que la syphilis pour expliquer son anasarque. Je n'en découvris aucune.

La diffusion séreuse généralisée était trop considérable.

Il n'y avait pas d'épanchement dans les cavités séreuses.

Les urines troubles et légèrement teintées de sang contenaient une énorme proportion d'albumine.

La fièvre était tombée, l'anasarque ne datait que de six jours. Je prescrivis un traitement mixte ioduré et hydrargyrique.

Je revis ce malade le 25 janvier 1876, deux mois et quelques jours après le début de la néphropathie, il avait une violente stomatite mercurielle, quoiqu'il n'est pas pris plus d'hydrargyre que d'habitude.

Il me raconta que le gonflement de tout le corps n'avait duré que quelques semaines, qu'il avait persisté un peu plus longtemps aux jambes, mais que celles-ci n'enflaient plus du tout depuis un mois.

Je m'assurai que les urines étaient toujours troubles, sanguinolentes, et contenaient beaucoup d'albumine. Cependant les extrémités inférieures, les supérieures, la figure, ne présentaient pas trace d'œdème.

Aucun épanchement dans les séreuses. Santé générale très bonne. Toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Cet homme ne voulait pas croire qu'il eût été et qu'il fut sérieusement malade encore. Il habitait la province et il revint convaincu qu'il était complètement guéri. Je ne l'ai pas revu.

OBSERVATION XIV (résumée) (1)

Deux ans et demi après le début d'une syphilis à accidents consécutifs superficiels, circonscrits et peu tenaces, albuminurie et anasarque sans aucune cause occasionnelle. Symptômes graves. Ponction abdominale. L'amélioration ne se produisit que quand on traita le malade par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Guérison au bout de quatre mois.

OBSERVATION XV (résumée) (2)

Au cinquième mois d'une syphilis bénigne, apparition, sans autre cause que la maladie spécifique, d'une anasarque et d'une albuminurie.

Dans les urines, présence de microbes mobiles, en forme de microccus ou de petits batonnets cylindro granuleux. Amas de cellules épithéliales, nombreux cristaux d'urates, globules rouges très abondants.

Guérison de l'anasarque, au bout d'un mois, par un traitement spécifique. Au bout de cinq mois, les urines contenaient encore 0,50 centigrammes d'albumine par litre. On y trouvait à peine quelques globules rouges.

OBSERVATION XVI (résumée) (3)

Deux mois après le début d'une syphilis avec roséole intense, suivi d'une syphilide papulo-squameuse : albuminurie, anasarque, état grave, gastralgie. Traitement spécifique mixte. Régime lacté ; stomatite mercurielle.

(1) Cohadon.

(2) Negel.

(3) Descout.

L'albumine tomba de 110 grammes qui fut son maximum quotidien à 10 grammes en 6 jours, le traitement spécifique ayant été institué. La quantité d'urée, de 40 grammes pour les 24 heures, s'éleva à 53 grammes et après des oscillations, descendit jusqu'à 22 grammes. Il y eut ensuite deux nouveaux maxima de 44 à 48 et demi pour se terminer par 23 grammes.

Guérison très rebelle de la stomatite mercurielle.

Guérison de la néphrite au bout de deux mois.

OBSERVATION XVII (résumée) (1)

P. L... 22 ans, avait la syphilis depuis deux mois : plaques muqueuses ; syphilides papuleuses, croûtes dans les cheveux, lorsqu'il fut pris d'anasarque avec albuminurie, sans cause plausible. Au bout de 35 à 40 jours, érysipèle de la jambe gauche, pneumonie et mort.

Autopsie. Reins notablement augmentés de volume et pâles. Substance corticale plus altérée que la tubuleuse. Elle est hypertrophiée, légèrement rosée, parsemée de stries et de petites taches d'un blanc jaunâtre, avec nombreux prolongements entre les pyramides qui semble les étrangler. Pas de sclérose du rein. Dans les canalicules de la substance corticale, cellules infiltrées d'une grande quantité de granulations graisseuses plus abondantes dans les points jaunâtres. Quelques corps fusiformes, dans les espaces intercanaliculaires. Altérations épithéliales moins prononcées dans la substance tuberculeuse. Œdème et engorgement pulmonaire.

OBSERVATION XVIII (résumée) (2)

Quatre ans après le début d'une syphilis légère, anasarque, ascite, albuminurie. Vives douleurs lombaires : urines sanguinolentes. Traitement mercuriel ; stomatite intense. Amélioration très grande au bout d'un mois. Plus tard, iritis. Encore un peu d'œdème et d'albuminurie au quatrième mois de la néphropathie.

(1) Perroud.

(2) Perroud.

OBSERVATION XIX (résumée) (1)

J. M..., 23 ans, atteint d'une syphilis légère depuis 9 mois, fut pris sans cause appréciable de frissons, de nausées, de vomissements et d'œdème des extrémités inférieures. Symptômes d'une albuminurie très aiguë pendant 15 jours. Grande quantité de sang et d'albumine dans les urines. ; fièvre, dyspnée, crachats sanguinolents. Traitement spécifique mercuriel et ioduré. Salivation. Amélioration très grande au bout de 15 jours; persistance d'une très faible quantité d'albumine dans les urines pendant 2 mois.

OBSERVATION XX (résumée) (2)

B..., 33 ans, anasarque et albuminurie, cinq mois après le début d'une syphilis avec éruption papulo-squammeuse. Amblyopie, céphalée.

Amélioration au bout de deux mois. Persistance de l'albuminurie. Autre cause que la syphilis.

OBSERVATION XXI (résumée) (3)

V. Ch..., 33 ans, atteint d'une syphilis peu grave depuis trois ans, fut pris subitement, et sans cause appréciable, d'œdème des membres inférieurs. Anasarque, dyspnée. Urines très chargées d'albumine. Troubles gastriques et intestinaux. Deux mois après le début de l'albuminurie, suppuration profonde dans la fosse droite. Mauvais état général.

Phlegmon et abcès de la cuisse droite. Guérison au bout de six mois, mais persistance de l'albumine dans les urines pendant neuf mois.

OBSERVATION XXII (résumée) (4)

Vers la sixième semaine de l'accident primitif, et en pleine roséole syphilitique, apparition, chez un jeune homme de 19 ans, d'une anasarque avec ascite, hydrothorax, et urines albumineuses.

(1) Burckmann.

(2) Barthélémy.

(3) Barthélémy.

(4) Wagner.

Traitement mercuriel, salivation. Iodure de potassium. Guérison au bout d'un mois. Les urines avaient présenté des globules rouges en grande quantité, des cylindres hyalins, dont quelques-uns contenaient des cellules épithéliales en voie de dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION XXIII (résumée) (1)

D. E..., âgé de 21 ans, atteint depuis six mois d'une syphilis à manifestations superficielles et bénignes, fut pris, sans aucune cause autre que sa syphilis, d'anasarque et d'albuminurie. Peu d'albumine dans les urines. Néphropathie très légère dans ses symptômes propres, mais accompagnée d'une suppuration de glandes cervicales, d'un petit phlegmon du bras et de salivation.

Guérison en 4 ou 5 semaines.

OBSERVATION XXIV (résumée) (2)

Un jeune homme de 20 ans, syphilitique depuis deux mois et atteint de plaques muqueuses, de roséole, d'alopécie, devint tout à coup, sans cause connue, albuminurique et œdématisé dans la moitié inférieure du corps. Globules blancs, globules granuleux, cylindres hyalins dans les urines, mais pas de globules rouges. Plus tard, rupia, épuisement rapide et mort deux mois environ après l'invasion de l'anasarque. A l'autopsie, on trouve le gros rein blanc. Les pièces destinées à l'examen histologique furent égarées.

OBSERVATION XXV (résumée) (3)

G..., 26 ans, syphilitique, depuis quatre ou cinq semaines environ, fut pris, en même temps que la roséole spécifique, de fièvre, de céphalagie, de nausées, et d'un œdème généralisé avec prédominance à la face et aux membres inférieurs. Troubles gastro-intestinaux. Malgré leur coloration rouge foncé, les urines ne contenaient que quelques globules sanguins; mais on y trouvait des cylindres déformés. La quantité d'albumine rendue en vingt-quatre était de 36 grammes. Pendant

(1) Neyel.

(2) Rémy.

(3) Labadie-Lagrave.

un mois, le malade présenta les symptômes d'une néphrite albumineuse aiguë. Sous l'influence de la teinture d'iode administrée à l'intérieur, les urines devinrent moins albumineuses, tout en contenant encore des cylindres, et le malade fut guéri.

OBSERVATION XXVI (résumée) (1)

A..., 23 ans, chancre de la lèvre supérieure, au quatrième mois de la syphilis, albuminurie et anasarque, coïncidant avec des nodosités sous-cutanées qui adhéraient aux fascia lata et aux tendons de la patte d'oie. Flots d'albumine dans les urines. Guérison en quatre mois par le protoiodure de mercure.

OBSERVATION XXVII (résumée)

Le docteur Ch. Drysdale a relaté l'histoire clinique d'un malade atteint de néphrite aiguë d'origine syphilitique, chez un homme âgé de 28 ans, dont l'infection ne remontait qu'à dix mois. La marche fut rapide et le malade succomba. Il rapporte en outre plusieurs cas de néphrite aiguë, qu'il a eu à soigner, chez des adultes arrivés à la période tertiaire, et présentant aussi des gommes des parties molles et des lésions des os. Son opinion est que l'iodure de potassium a été rarement utile dans ces cas et que le pronostic reste ordinairement très mauvais. Le docteur Drysdale est d'avis que les reins sont avec le cerveau et le foie, les viscères, le plus fréquemment attaqués par une inflammation ou un néoplasme de nature syphilitique. D'après lui un grand nombre de ces albuminuries syphilitiques chez des adultes sont souvent attribuées à des causes non suspectes. Leur début est insidieux, leur terminaison fatale, malgré le traitement institué, elles ne surviennent que tardivement dans le cours de la syphilis. Cependant il en a vu de précoces après quelques mois d'infection, mais ces cas sont rares.

(1) Drysdale.

OBSERVATION XXVIII (résumée) (1)

Un jeune homme, âgé de 23 ans, atteint d'une syphilis en apparence légère, eût au bout de deux ans un œdème des membres inférieurs, dont il guérit en quinze jours. Quatre ans après le début de la syphilis, affection spécifique des organes génitaux, traitée par le mercure et l'iodure de potassium. C'est alors qu'il fut pris de douleurs très fortes dans la poitrine, de dyspnée et d'un œdème des extrémités inférieures qui ne tarda pas à se généraliser. Bientôt après, ascite, hydrothorax.

Urines très albumineuses contenant une grande quantité de cylindres, les uns graisseux, les autres remplis de globules rouges ou blancs et de cellules épithéliales granuleuses, etc., cœur volumineux. Psoriasis palmaire et plantaire. Amygdales ulcérées. Etat général grave. Cette néphropathie empire de plus en plus et au cinquième mois de sa durée le malade fut rapidement emporté par des accidents convulsifs et comateux.

Autopsie. — Un peu de rétinite du côté droit. Dilatation et hypertrophie légère du ventricule gauche, gros rein blanc qui ressemble à un sein gras (specknière). La surface des reins est lisse, jaunâtre, avec de petits points blancs et un peu d'hémorrhagie. Substance corticale deux fois plus épaisse qu'à l'état normal. L'épithélium des canalicules urinifères de la substance corticale est un peu graisseux, et dans les parties jaunâtres la dégénérescence graisseuse des cellules est plus marquée. Les glomerales de Malpighi sont de moyen volume et renferment beaucoup de noyaux et de cellules épithéliales très multipliées.

Quelques-uns ont une capsule très épaissie. Dans leur voisinage, infiltration de petites cellules très nombreuses en certains endroits. Un peu de tissu fibreux dans la substance corticale, avec atrophie des canalicules urinifères et des glomérules. Partout ailleurs le stroma est mou et anémié. Artères normales. Calibre des vaisseaux afférents très étroit.

OBSERVATION XXIX (résumée) (1)

Un homme âgé de 39 ans, était en pleine roséole syphilitique, lorsque sans cause appréciable, ses urines diminuèrent de quantité et devinrent rougeâtres, sédimenteuses et albuminuriques. On y décou-

(1) Wayner.
(1) Wayner.

vrai des cylindres hyalins, des cellules épithéliales, des globules rouges, des cellules graisseuses. Iritis.

Douleurs articulaires. Fièvre. Traitement mercuriel bientôt suivi d'une salivation abondante (deuxième mois de la syphilis).

Pendant trois mois l'état général fut mauvais, puis il s'améliora un peu, mais la poitrine était malade. Un an après le début de l'albuminurie, symptômes d'induration au sommet du poumon gauche. Pas d'œdème (il n'y en avait jamais eu). Urines toujours sanguinolentes et albuminuriques. Enrouement, infiltration intense de la corde vocale supérieure gauche, etc., etc. Ce malade mourut quinze jours après l'apparition de la roséole syphilitique. Il avait eu des chancres quelque temps auparavant. Il en avait contracté aussi à l'âge de dix-huit ans.

Autopsie. — Phthisie pulmonaire. Ulcérations laryngées probablement syphilitiques. Reins de volume normal avec de très fines granulations à leur surface, plus durci que le reste de l'organe. Substance corticale infiltrée de petites cellules, canalicules étroits et atrophiés. Glomérules à capsule épaissie, contenant entre leur capsule et leurs capillaires une grande quantité de cellules épithéliales et quelques globules rouges. Beaucoup de canalicules sont remplis de globules rouges, blancs, ou de cellules épithéliales graisseuses. Quoique le stroma soit normal on ne trouve presque pas de glomérules intacts. La tunique interne des artères rénales de moyen calibre est hypertrophiée. Cœur normal.

OBSERVATION XXX

Jaccoud. — Clinique de la Pitié (1)

Le 5 octobre 1893, entré dans le service un jeune homme de 26 ans, d'aspect robuste et présentant des accidents graves. — Il disait qu'il était malade depuis plus d'un an, qu'il souffrait de céphalalgie, de douleurs lombaires et qu'il avait dans les derniers jours qui avaient précédé son entrée, uriné du sang.

On constatait, en outre, qu'il présentait de l'œdème et l'analyse de son urine permettait d'y reconnaître de l'albumine, du sang et les modifications chimiques qui coïncident avec l'existence d'une néphrite glomérulaire aiguë ou subaiguë. Le malade urinait très peu.

(1) In Bulletin médical, 1893, p. 1043.

L'examen microscopique ne fut fait que le 20 octobre ; on ne trouva pas de cylindres. Mais déjà à ce moment le rein avait été lavé sous l'influence du régime lacté et la quantité d'urine émise en 24 heures était déjà de 15 à 1,800 grammes. Il était presque certain que le malade avait présenté des cylindres avant son entrée et même lors de son entrée.

L'examen attentif des différents organes ne révéla l'existence d'aucune lésion à un moment quelconque de la maladie.

Le malade eut dans les jours qui suivirent son entrée, quelques accidents urémiques.

A l'interrogatoire, le malade avait répondu que c'était vers le 25 août qu'il avait commencé à souffrir des reins, qu'à la même époque il avait eu de la céphalalgie et de la courbature. Vers cette date, se trouvant un jour en sueur, il avait bu plusieurs verres d'eau glacée (1).

Le malade était porteur d'une syphilide cutanée facile à reconnaître.

Le chancre infectant était apparu le 15 juin, la roséole le 25 juillet. Et quelque temps après la syphilide papuleuse.

Cette constatation permettait de formuler définitivement le diagnostic suivant : *Néphrite glomérulaire syphilitique précoce*.

Le malade ayant éprouvé les premières douleurs lombaires à la fin d'août, on pouvait admettre cette date pour le début de la néphrite, c'est-à-dire deux mois et demi. Mais ceci n'était pas certain et on ne pouvait d'une façon certaine la faire remonter qu'au 20 septembre, époque de l'apparition de l'hématurie. Les accidents rénaux se seraient ainsi montrés *trois mois* après l'apparition du chancre.

OBSERVATION XXXI (2)

Le nommé X..., âgé de 33 ans, déménageur, entre le 15 avril 1896 dans le service de M. le professeur Jaccoud, salle Jenner n° 22 à la Pitié.

(1) Ce refroidissement peut être invoqué comme une cause de néphrite (Jaccoud).

(2) Jaccoud, clin. de la Pitié, Revue intern. de Méd. et de Chirurg. 10 mai 1896.

En été 1891 il contracte la syphilis; il fait un premier séjour de 40 jours à l'hôpital Ricord où il est soumis à un traitement interne par les iodures, et d'où il sortit quand le chancre fut guéri. Deux mois plus tard, apparition de la roséole et des plaques muqueuses et le malade retourne dans le service de M. Mauriac où il fait un nouveau séjour de 36 jours. Comme traitement interne, pilules de protoïodure.

Il affirme s'être toujours bien porté depuis lors; cependant on apprend qu'il a eu en 1893 une première épistaxis très abondante, et d'une durée de 18 heures. Depuis lors il a eu de temps en temps des épistaxis, mais moins abondantes.

Il était, dit-il, parfaitement bien portant, quand le 7 avril il s'est livré à un travail particulièrement pénible, ayant eu à faire ce jour un déménagement très important, presque sans repos.

Le soir, il se sent fatigué, il est en transpiration, et s'expose à un courant d'air. Immédiatement il est saisi d'une sensation de froid; le soir, il continue à frissonner, et quand il se déshabille, le froid augmente, il claque des dents. La nuit, il ne dort pas du tout, le lendemain il a un mal de tête horrible. Le 8 avril, il remarque qu'il n'urine pas beaucoup, et, qu'en plus, son urine est foncée, teintée de rouge. En effet, aujourd'hui encore, on trouve dans son urine quelques globules rouges. L'enflure qui apparut aux malléoles le matin du 8 augmente dans la journée, la courbature persiste et se généralise.

Le 9 avril, les choses continuent de même, l'enflure se diffuse, mais le malade ne se trouve pas trop mal.

Le 10, il essaie de travailler, mais il est obligé d'y renoncer. Il s'aperçoit que sa vue est trouble, il a des mouches volantes. Il patiente encore quatre ou cinq jours et bien que les symptômes ne s'aggravent pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A son entrée, il frappait par sa pâleur extrême, par la décoloration des téguments et des muqueuses; il présentait de la boursoflure de la face, de l'œdème généralisé surtout aux membres inférieurs.

Céphalalgie opiniâtre, courbature générale douloureuse, diminution des forces, signes grossiers de catarrhe bronchique: toux et expectoration abondante.

Le soir de son entrée, 38°7; le lendemain matin 38°2.

Urine sale, semblable à du bouillon non filtré. 800 à 850 cc. Quantité considérable d'albumine: 11 grammes par litre. Peu de cylindres hyalins.

Hypertrophie du ventricule gauche. Pas de souffle ni de bruits anormaux.

OBSERVATION XXXII (résumée d'après Delore (1).

Il s'agit d'un malade âgé de 21 ans, qui contracte un chancre de l'amygdale.

Vingt-cinq jours après l'apparition du chancre érythème généralisé. Trente-cinq jours après le chancre, œdème du prépuce et signes d'albuminurie.

Il y a 5 grammes d'albumine par litre.

Mort deux mois après le chancre.

A l'autopsie, lésions microscopiques de néphrite parenchymateuse. L'examen microscopique ne put pas être fait en raison de la décomposition rapide du cadavre.

OBSERVATION XXXIII (résumée d'après Dœderlein) (2).

Il s'agit d'un sujet de 19 ans, qui contracte la syphilis au printemps de 1895.

Il entre à l'hôpital le 4 décembre 1895, avec un exanthème rouge brun aux jambes. Mauvais état en général. On examine ses urines et on y trouve une grande quantité d'albumine.

Il urine très peu.

(1) Delore, de Lyon, in *Province médicale*, 1895.

(2) Dœderlein. — Eur. Beitrag zin Kenntniss der syphilitischen nephritis. — *Munchen médiz. Wochenschrift*, 1899, p. 977.

Il meurt le 15 janvier 1896, avec de l'anurie et des phénomènes d'urémie cérébrale.

A l'autopsie, les reins présentent des lésions de néphrite interstitielle subaiguë.

De plus, on trouve disséminés dans le foie et les reins, dans les travées conjonctives et de préférence le long des vaisseaux de petits amas de cellules rondes, embryonnaires, rappelant la structure des gommes.

OBSERVATION XXXIV (1)

La nommée A..., âgée de 42 ans, entre le 24 avril 1893 à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Dans les antécédents personnels nous ne relevons aucune maladie aiguë à part une fluxion de poitrine à l'âge de 8 ans, et la rougeole ; pas d'éthylisme.

Au mois d'octobre 1892, c'est-à-dire six mois avant son entrée, cette malade fut souffrante, fatiguée, et présenta à ce moment un « gros bouton » indolore aux parties génitales.

En janvier, elle fut couverte d'une éruption identique à celle qu'elle présente, au moment de son entrée ; un médecin prescrivit une pommade à l'acide pyrogallique, croyant probablement à un psoriasis. Elle était à ce moment très pâle. Le traitement fut suivi pendant peu de durée. Quelque temps après, elle fut traitée à la clinique ophtalmologique pour une iritis par quelques injections de peptonaque mercurique. Huit jours avant son entrée, la faiblesse augmenta, et la malade éprouvant de la peine à se tenir sur ses jambes, se décida à solliciter son entrée à l'hôpital.

Au moment de son entrée, la malade primitivement bien constituée est dans un état de débilitation très prononcée, très amaigrie, d'une pâleur extrême ; la face est un peu bouffie, œdème des membres inférieurs. La surface du corps est recouverte d'une éruption généralisée

(1) Etienne (de Nancy). — Annales de Derm. 1895, p. 644.

papulosquammeuse, caractérisée par la présence de papules formant un relief peu accusé, d'un rose clair, recouvertes de légères squammes, très fines, blanches, mais non nacrées, ne formant pas sous le coup d'ongle la raie micacée, assez peu adhérentes, se détachant sans laisser suinter de gouttelettes de sang.

Ces papules sont groupées sous une forme très nettement circinée. Elles sont abondantes surtout sur le thorax, les cuisses, les membres supérieurs.

Appareil circulatoire. — Bruit de galop net à la pointe ; le pouls est petit, égal, un peu mou, légèrement irrégulier. Les artères ne sont pas particulièrement dures.

Appareil urinaire. — Urines foncées, brunâtres ; environ 1,000 centimètres cubes ; 8 grammes d'albumine par litre ; dans le dépôt, nombreux cylindres et globules rouges ; pas de douleur à la miction.

Appareil respiratoire. — Normal. Pas de bronchite ni d'épanchement pleural, etc.

Appareil digestif. — Anorexie, inappétence.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Traitement. — Une injection hebdomadaire de tymolocétate de mercure. ; K I ; régime lacté absolu.

Une légère amélioration se produit pendant quelques jours.

10 mai. — Le matin, la malade se plaint de quelques vertiges ; à 11 heures s'établit brusquement une hémiplégie droite, surtout accusée au membre supérieur qui est inerte ; quelques grimacements de la face, puis convulsions et coma, face bouffie.

Le soir, à la contre-visite on prescrit une friction mercurielle.

Le 11 avril. L'hémiplégie persiste. Une saignée de 300 centimètres cubes détermine l'atténuation des accidents convulsifs.

Le 15 mai. L'hémiplégie est moins flasque, la salivation continue. Dans les jours suivants, la stomatite s'éteint progressivement en même temps que diminue l'hémiplégie ; mais l'état général se dégrade de plus en plus, la malade s'affaisse et succombe dans le marasme, le 27 mai.

Autopsie. — Poumon. — Un peu d'œdème pulmonaire., avec quelques noyaux de congestion. Pas de traces de tubercules.

Cœur. — Tissu normal. Pas d'endocardite, pas de végétations. Dans le péricarde, un peu de liquide louche.

Foie. — Dimensions et aspect normaux.

Rate. — Volume et consistance habituels; infarctus ancien, jaunâtre, ocreux, ayant 2 centimètres de large et 3 centimètres de profondeur; un autre infarctus semblable, gros comme une lentille.

Cerveau. — Congestion méningée intense avec arborisations très accentuées, les circonvolutions sont un peu affaissées. Artérite des vaisseaux périphériques; ni hémorragie, ni ramollissement.

Rein gauche. — Très petit; 8 centimètres sur 2; poids 80 grammes; à la coupe il est gros, pâle, dur cependant, se décortiquant bien.

Rein droit. — De dimension à peu près normale, 11 centimètres sur 6; poids 160 grammes, congestion veineuse, les étoiles de Verheyen sont très marquées; il se décortique bien et à la coupe il paraît moins pâle que le rein gauche; la substance corticale est élargie.

Etude histologique des reins. — La plupart des glomérules sont intacts, mais chez d'autres, on trouve un épaississement de la capsule de Bowman. Le peloton vasculaire paraît normal.

Tubes contournés et droits. — Les cellules épithéliales tapissant ces tubes sont gonflées, remplies d'un protoplasma granuleux; les noyaux colorés sont comme normalement situés à la partie profonde de la cellule. D'autres cellules ont laissé échapper ce contenu granuleux à l'intérieur du tube. Certains tubes ne renferment qu'une petite masse granuleuse dans leur intérieur laissant une lumière libre entre cette masse et l'épithélium marginal; d'autres tubes, au contraire, sont complètement remplis par de l'exsudat granuleux.

Artères. — Endartérite peu intense.

La paroi interne des artérioles est épaissie; on voit la lame élastique se dédoubler en formant plusieurs lames transparentes, séparées, et augmenter ainsi l'épaisseur de la paroi vasculaire.

OBSERVATION XXXV (in thèse de Régnier 1896)

La nommée M... Eugénie, entre au mois d'août 1885 dans le service de M. Fournier, pour une éruption de syphilides psoriasiformes tuberculo-squammeuses ; elle présente en même temps une onyxis syphilitique au début.

A l'examen, en plus de ces lésions, on constate des symptômes de néphrite ; la malade a en effet, surtout le soir, de l'œdème des moléoles ; une légère bouffissure de la face au réveil ; les urines examinées révèlent l'albuminurie.

La coïncidence de la néphrite et des lésions cutanées donne à penser que l'on pourrait se trouver en présence d'une néphrite ayant la syphilis pour cause.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade âgée de 43 ans.

Elle même, jusque l'âge de 31 ans a joui d'une santé relativement bonne, cependant elle s'enrhumait assez facilement. Elle dit avoir eu plusieurs bronchites et une congestion pulmonaire. Elle a eu d'abord deux enfants nés à terme, l'un est actuellement bien portant, l'autre est mort de la poitrine il y a 2 ans.

Il y a 12 ans, c'est-à-dire à l'âge de 31 ans, la malade dit avoir eu une poussée d'urticaire. Elle ne se souvient pas si l'éruption était ou non accompagnée de prurit violent.

Deux ans après cette éruption elle est atteinte d'une ulcération à la main bientôt suivie d'une autre de la jambe ; elle est soignée 6 mois à l'hôpital Saint-Antoine. Elle ne se souvient pas du traitement qu'elle y a suivi ; 4 ans après l'éruption urticarienne (?) elle a fait une fausse couche de 6 mois et ne sait pas à quelle cause attribuer cet accident.

L'année suivante deuxième fausse couche de 6 mois.

Deux ans après elle accouche prématurément d'un fœtus macéré.

Puis elle a deux autres grossesses arrivées toutes deux à terme et donne naissance à deux enfants bien portants actuellement.

Quoique la malade ne signale depuis 10 ans aucun accident, certains peuvent être mis sur le compte de la syphilis ; l'éruption qu'elle a eu

il y a 12 ans, les ulcérations soignées à Saint-Antoine, les fausses couches répétées, la maladie actuelle surtout mettent hors de doute qu'on se trouve en présence de la néphrite.

Il y a lieu de croire que cette maladie a été la cause de la néphrite.

En effet, malgré les antécédents rapportés plus haut, nulle part on ne trouve de symptômes de néphrite il y a donc coïncidence entre l'apparition de cette dernière maladie et l'éruption de syphilis.

De plus le trait spécial institué aussitôt produit rapidement une amélioration des éruptions de néphrites. L'albuminurie finit par disparaître, le premier s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui.

Traitement. — Régime lacté. — Une pilule de 0,10 de tannaté de mercure. — Deux cuillerées à bouche de la solution d'iodure de potassium de l'hôpital St-Louis (66 p. 1000).



CONCLUSIONS

I. La néphrite syphilitique secondaire, définitivement admise, voit son histoire s'enrichir chaque jour de nouvelles connaissances, grâce aux observations nombreuses publiées ces années dernières, aux examens nécropsiques pratiqués d'une façon plus systématique.

II. C'est une néphrite infectieuse; banale lorsqu'elle est très précoce, elle devient de plus en plus spécifique au fur et à mesure que la syphilis avance en âge.

III. Les autopsies nous enseignent en effet que les plus précoces de ces néphrites n'atteignent que l'élément parenchymateux (glomérulo-néphrites), rappelant en cela les néphrites des autres maladies générales ou infectieuses (scarlatine); et que les néphrites un peu plus tardives relèvent de lésions interstitielles, rappelant en cela la prédilection du virus syphilitique pour le tissu conjonctif.

IV. De ses allures cliniques peu de chose à dire. Ses symptômes : albuminurie, œdèmes, céphalée, douleurs lombaires, etc, ne la distinguent guère des autres néphrites infectieuses non spécifiques.

V. Aussi le diagnostic se fait-il :

1^o par la constatation d'une syphilis récente, dans les dix premiers mois de son évolution ;

2^o par l'élimination, non pas des causes occasionnelles, telles que le refroidissement, l'alcoolisme, etc., mais des causes déterminantes qui, par elles seules, suffiraient à justifier la néphrite ;

3^o par l'efficacité du traitement mercuriel.

VI. Cette efficacité du traitement spécifique rend relativement peu grave le pronostic, au moins immédiat ; car, pour ce qui est de l'avenir, il est bien évident que la néphrite syphilitique a mis le rein en état de moindre résistance.

VII. Bien que certains auteurs, et MM. Lecorché et Talamon sont du nombre, ne considèrent pas le régime lacté exclusif comme applicable à tous les cas, nous croyons cependant qu'il doit constituer, parallèlement au traitement antisyphilitique et au même titre que lui, la base de la thérapeutique.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

